

Documento de Consentimiento Informado

ADVERTENCIA.- Desde el punto de vista jurídico, el documento de consentimiento informado siguiente está redactado con el objetivo fundamental de cumplir los requisitos que se exigen en la Ley básica 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Desde el punto de vista médico, en la selección de los modelos y en la descripción de los diferentes riesgos y procedimientos, se ha procurado mostrar aquellos más frecuentes e importantes, sin pretender ser totalmente exhaustivos. Le recordamos que este documento no puede pretender sustituir de modo pleno una adecuada información por parte del médico adaptada a cada caso concreto. Deben tenerse en cuenta, además, en cada paciente, los riesgos específicos del mismo, así como las innovaciones que impongan los avances científico-profesionales de acuerdo con las recomendaciones de las diversas Sociedades científicas de la especialidad y las Autoridades Sanitarias.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE UN ASPIRADO MEDULAR O UNA BIOPSIA DE MÉDULA ÓSEA

Nº HISTORIA

Don/Doña de años de edad.
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en y D.N.I. nº

Don/Doña de años de edad.
(Nombre y dos apellidos)

con domicilio en y D.N.I. nº

en calidad de de
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DECLARO

Que el DOCTOR/A
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la informacion)

me ha explicado que es médicamente conveniente para el estudio de mi enfermedad realizar el siguiente procedimiento diagnóstico: ASPIRADO MEDULAR / BIOPSIA DE MÉDULA ÓSEA (táchese lo que no proceda).

Me ha informado que esta prueba contribuye al diagnóstico de la mayoría de las enfermedades hematológicas y de algunas no hematológicas. Consiste en obtener muestras de la médula ósea, lugar en donde el organismo fabrica las células de la sangre. Con ello es posible estudiar si existen células anómalas o agentes infecciosos en la médula ósea. La aspiración medular consiste en puncionar y extraer sangre del interior del hueso seleccionado. La biopsia de médula ósea consiste en puncionar y obtener un pequeño cilindro de hueso. La aspiración medular suele realizarse en el esternón, (hueso situado en el centro del pecho) o en la cresta ilíaca posterior (parte postero-superior de la cadera). La biopsia de médula ósea se puede realizar en la cresta ilíaca anterior o posterior (parte anterior o posterior de la cadera). Ambas pruebas se realizan tras aplicar anestesia local. Por ello, si padezco alguna alergia a los anestésicos, deberé comunicarlo a mi médico antes de su realización. También existe la posibilidad, en caso de ser sometido a una operación quirúrgica, de aprovechar ese momento para realizar esta prueba.

Asimismo, me ha justificado las razones generales y particulares por las que este procedimiento puede resultar beneficioso para mi salud. En esencia, un correcto diagnóstico de la enfermedad que padezco se traducirá en recibir el tratamiento más adecuado. El riesgo derivado de su no realización es no poder llegar a un diagnóstico correcto y, por tanto, no estar en condiciones de recibir el tratamiento más idóneo.

Además me ha informado de que el procedimiento no está exento de posibles efectos secundarios y me ha explicado cuáles son:

- Puede producir dolor moderado y pasajero, así como un pequeño sangrado o hematoma (cardenal) en la zona de punción.
- Otras complicaciones posibles pero excepcionales son: que se produzca un hematoma de mayor tamaño que comprima y/o irrite algún nervio cercano; que se produzca una infección en la zona de punción; que se produzca una rotura de la aguja empleada para la realización de la punción o biopsia; que existan reacciones alérgicas al anestésico local u otro material empleado en la técnica.

Asimismo, me ha explicado que, en mi caso particular, teniendo en cuenta mis circunstancias personales (edad, estado previo de salud, sexo, raza, profesión, credo religioso, etc.), existen los siguientes riesgos adicionales: *(Rellenar, si procede, con riesgos particulares que se presuman debido a condiciones personales o médicas concretas del paciente).*

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO

Todas estas condiciones han sido valoradas por mi médico antes de someterme a este procedimiento. Me ha aclarado que se harán todas las pruebas y se adoptarán todas las medidas necesarias para que los riesgos descritos se reduzcan al máximo.

También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que se me propone.

He comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el facultativo que me ha atendido me ha dado la oportunidad de formular todas las observaciones que he considerado oportunas, y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo adecuadamente el alcance y los riesgos del procedimiento objeto de este consentimiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

que se me realice UN ASPIRADO/BIÓPSIA DE MÉDULA ÓSEA.

En (Lugar y fecha)

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El representante legal,
familiar o allegado

REVOCACIÓN

Don/Doña de años de edad.
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en y D.N.I. nº

Don/Doña de años de edad
(Nombre y dos apellidos)

con domicilio en y D.N.I. nº

en calidad de de
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....(Lugar y fecha)

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El representante legal,
familiar o allegado