

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 DONACIÓN DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL

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 la DONACIÓN DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL tiene como principal objetivo la obtención de progenitores hematopoyéticos de sangre de cordón umbilical y su conservación para la posterior realización de un trasplante. Los progenitores hematopoyéticos (también denominados células madre) son capaces de formar todas las células de la sangre (glóbulos blancos, glóbulos rojos y plaquetas). La sangre de cordón umbilical contiene gran cantidad de células progenitoras sanguíneas. Los progenitores obtenidos serán transfundidos al paciente receptor como parte de un procedimiento denominado trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos. Estas células serán las encargadas de reemplazar a la médula ósea enferma del paciente por una nueva médula ósea sana.

El trasplante sólo puede realizarse si se dispone de células madre de un donante sano compatible con el paciente. Ser compatible significa que las células del cordón umbilical y las del paciente se parecen lo suficiente como para que puedan convivir juntas en el mismo organismo sin que el sistema inmunológico emprenda ninguna acción fatal de rechazo mutuo.

El procedimiento de donación se realiza durante el parto recogiendo la sangre acumulada en la placenta a través del cordón umbilical. Para realizar la donación será necesario hacerme un análisis de sangre previo para excluir la presencia de agentes infecciosos (SIDA, hepatitis B y C, sífilis, toxoplasma y citomegalovirus, entre otros). Dichos análisis deben practicarse el día del parto y tres meses después. A los tres meses del parto es necesario realizar un examen médico al niño/a para descartar también cualquier enfermedad hereditaria. El médico responsable me comunicará cualquier resultado patológico en los análisis realizados en mi persona o a mi hijo/a con motivo de la donación de sangre de cordón umbilical.

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO

Queda claro que la donación de sangre de cordón umbilical es voluntaria y altruista, lo que significa que esta sangre será utilizada para realizar un trasplante en cualquier paciente anónimo que así lo precise.

Igualmente he sido informado que no recibiré ninguna compensación económica, ni de otro tipo, por la donación. La información referente a mi persona y a la de mi hijo/a será tratada de forma confidencial y codificada de forma que quede protegida mi identidad y la de mi hijo/a.

Además, me ha informado que este procedimiento no implica ningún riesgo ni para el niño/a, ni para la madre, ya que se recoge la sangre residual de la placenta cuando el niño/a ya ha nacido y se ha cortado el cordón umbilical.

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.

DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

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 del procedimiento objeto de este consentimiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que sea realizado este procedimiento de DONACIÓN DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL.

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