

# 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 OBTENCIÓN DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS  
DE MÉDULA ÓSEA PARA AUTOTRASPLANTE**

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 mi caso concreto proceder a la RECOGIDA DE CÉLULAS PROGENITORAS DE MÉDULA ÓSEA PARA LA REALIZACIÓN DE UN AUTOTRASPLANTE.

Me ha informado que este tratamiento tiene como principal objetivo recoger células madre, formadoras de las células de la sangre, para que puedan serme trasplantadas tras la administración de dosis altas de quimioterapia. El proceso consiste en extraerlas directamente de la médula ósea por medio de una intervención bajo anestesia general o epidural. Se me realizarán repetidas punciones en los huesos de las caderas con unas agujas especiales. Se me extraerá un volumen de sangre medular de unos 800-1400 mililitros por lo que es posible que necesite una transfusión de sangre durante o después del proceso. La intervención dura entre 1 y 2 horas y será necesario que ingrese en el hospital la víspera de la misma. Seré dado/a de alta, como suele ser habitual, a las 24 horas de la intervención.

También me ha justificado las razones generales y particulares por las que este tratamiento puede resultar beneficioso para mi salud. En esencia, recoger una cantidad suficiente de mis propias células madre para poder recibir un trasplante autogénico. Con él se pretende administrarme una quimioterapia muy intensiva, capaz de erradicar al máximo mi enfermedad. Dado que éste tratamiento intensivo también destruye las células madre de mi médula ósea, se emplearán las células madre recogidas antes de la quimioterapia intensiva para recuperar mi función medular. Se me ha explicado que, a pesar de existir otras opciones terapéuticas, en el momento actual se considera que dicho tratamiento es la mejor opción terapéutica para tratar la enfermedad que padezco.

Asimismo, me ha aclarado los riesgos que pueden derivarse de no realizar este tratamiento, que se resumen en no poder optar a un tratamiento intensivo con altas dosis de quimioterapia seguido de trasplante autólogo, privándome así de la que mi médico considera mejor opción terapéutica para combatir mi enfermedad.

También se me ha informado de una posible alternativa a este tratamiento, la recogida de células madre circulantes en mi sangre. Dicha recogida se realiza provocando la salida de células madre de la médula a la sangre mediante la administración de un medicamento denominado factor de crecimiento. A continuación, mediante una maquina especial, se procede a separar las células madre del resto de las células de la sangre (procedimiento de aféresis). Con todo, se me ha explicado que, en mi caso concreto, es preferible utilizar células madre obtenidas de la médula ósea.

Asimismo, me ha informado de que este procedimiento no está exento de posibles efectos secundarios y riesgos y me ha explicado cuáles son:

- anemia transitoria como consecuencia del considerable volumen de sangre medular que se extrae por las múltiples punciones en las crestas ilíacas. Dicha sintomatología podrá ser resuelta mediante una transfusión o, en pacientes no trasfundidos previamente, mediante una transfusión con sangre propia (autotransfusión) recogida 7-10 días antes de la obtención de la médula ósea.

## DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

- dolorimiento en las zonas de punción que pueden durar unos días pero que cede con analgésicos suaves.
- pequeños hematomas en las zonas de punción.
- los riesgos inherentes a toda intervención quirúrgica que requiere anestesia general.
- en raras ocasiones, infección de la herida.

De igual modo 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 el procedimiento de OBTENCIÓN DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS DE MÉDULA ÓSEA PARA REALIZAR UN AUTOTRASPLANTE.

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