

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA DONACIÓN DE TEJIDO ÓSEO.

1. DATOS DEL PACIENTE

Pegatina

NOMBRE:

.....

D.N.I.:

2. DATOS DEL REPRESENTANTE

NOMBRE: APELLIDOS:

D.N.I.:

VINCULACIÓN CON EL PACIENTE

Familiar o vinculado de hecho

Representante legal

3. DATOS DEL MÉDICO

Sello facultativo

NOMBRE:

.....

Nº COLEGIADO:

4. DESEO RECIBIR LA INFORMACIÓN

Deseo ser informado de mi enfermedad y/o de las intervenciones que me vayan a realizar:

SI

NO

Deseo que la información de mi enfermedad y/o de las intervenciones que me vayan a realizar, le sea proporcionada a D./Dña

5. PROCESO ASISTENCIAL

5.1. PROCEDIMIENTO

Consiste en la extracción de un fragmento de hueso que se almacena en un Banco de Tejidos. Habitualmente este tejido que se extrae es un paso obligado para implantar una prótesis articular.

El propósito principal de la donación de un tejido es la posible utilización como injerto para otro paciente que lo precise.

El procedimiento no supone un tiempo mayor de operación.

El servicio de Anestesia estudiará sus características personales, informándole del tipo de anestesia que precisará.

Puede requerir la administración de medicación oportuna para reducir la incidencia de aparición de complicaciones.

Como usted ya sabe, está siendo atendido en un Hospital que tiene reconocida capacidad para formar a Médicos como Especialistas, los cuales participarán activamente en su asistencia debidamente tutelados por sus docentes.

5.2. CONSECUENCIAS SEGURAS

Precisará la realización de unos análisis para excluir la contaminación del material donante entre los que se incluyen infecciones por bacterias o virus (Hepatitis y SIDA).

5.3. DESCRIPCION DE LOS RIESGOS TIPICOS

Las complicaciones de la donación de tejido.....
.....del lado.....no son distintas a la de la implantación de una prótesis articular, que se le explicarán y reflejarán en el correspondiente consentimiento.

5.4. RIESGOS PERSONALIZADOS

Por mis circunstancias especiales (médicas o de otro tipo) hay que esperar:

- Que no existan riesgos personalizados.
- Que existan los siguientes riesgos:.....
.....
.....
.....
.....

5.5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Dado que es un paso necesario para implantar una prótesis articular, las alternativas son las de este procedimiento que irá acompañado de su correspondiente consentimiento informado.

5.6 CONTRAINDICACIONES

En el caso de aparición de una infección activa o de un embarazo la cirugía estaría contraindicada. Si de ahora en adelante precisa medicación anticoagulante o para suprimir las

defensas (inmunosupresores) o le aparecieran nuevas enfermedades, deberá comunicarlo con antelación.

6. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

DECLARO

Que he recibido la información escrita sobre el procedimiento propuesto, que figura en la hoja adjunta y también la explicación adecuada de forma verbal. Se me ha ofrecido la posibilidad de solicitar información adicional, verbal o escrita y de plantear las dudas o preguntas que tenga para poder tomar mi decisión.

Que he sido informado de otras alternativas existentes y de las ventajas e inconvenientes de cada una.

Que he comprendido la información recibida y la decisión que tomo es libre y voluntaria pudiendo en cualquier momento revocar por escrito este consentimiento sin expresar la causa.

Que se me entrega una copia de este documento y de la/s hoja/s adjunta/s que contienen la información clínica

He decidido dar el consentimiento para llevar a cabo la donación de tejido óseo.

En Segovia, a de.....de 20.....

EL PACIENTE / REPRESENTANTE

EL MÉDICO

Fdo.....

Fdo.....

7. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He decidido revocar mi anterior autorización

En Segovia, a de.....de 20.....

EL PACIENTE / REPRESENTANTE

EL MÉDICO

Fdo.....

Fdo.....