

## Donación de Sangre de Cordón

### 1. Identificación y descripción del procedimiento

La donación de la sangre de cordón es un procedimiento que no implica ningún riesgo para la mujer donante y cuya única finalidad es que la sangre pueda ser procesada y en su caso usada como arma terapéutica en otros pacientes. El cordón umbilical y la sangre que contiene son habitualmente rechazados, pero esta sangre contiene elementos capaces de generar células sanguíneas en cantidades adecuadas para el trasplante, de la misma manera que la médula ósea.

La identidad de su persona y la de su hijo serán tratadas de forma confidencial y codificada, de forma que queden protegidas.

Tras el parto se le extraerá una muestra de sangre para análisis (hiv-sida; hepatitis b y c; etc.) y opcionalmente, al menos cuarenta días después. También se le realizará un examen físico a su hijo/a tras el nacimiento y opcionalmente después de cuarenta días.

Cualquier resultado patológico detectado en los estudios realizados con motivo de la donación de sangre de cordón le será comunicado por el médico responsable.

Este consentimiento no obliga a recoger la sangre del cordón umbilical si se considera que las circunstancias no son idóneas.

Usted conserva la posibilidad de renunciar a este consentimiento hasta el nacimiento de su hijo/a. Es un acto completamente altruista, no percibirá compensación económica alguna por la donación.

### 2. Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar

La sangre del cordón umbilical será usada para trasplante. Si la donación resultara no útil para el empleo clínicos, mediante este consentimiento usted acepta que pueda ser dedicada para uso investigacional.

### 3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

No existen, por ser una terapia basada única y exclusivamente en la existencia de la sangre donada de forma altruista por la mujer que pare.

### 4. Consecuencias previsibles de su realización

Las ya descritas en los apartados uno y dos de este documento.

### 5. Consecuencias previsibles de su no realización

Este es un procedimiento totalmente voluntario, en caso de no realización, se perderá la oportunidad de contribuir a la curación de pacientes con enfermedades de la sangre.

### 6. Riesgos

La sangre será recogida tras la salida de la placenta sin perjuicio para usted o para su hijo.

### 7. Riesgos en función de la situación clínica del paciente

Los riesgos en función de su situación clínica son

---

---

**8. Declaración de consentimiento**

Don/Doña ..... de .. años de edad, con domicilio en .., DNI ..

Don/Doña .. de .. años de edad, con domicilio en .. en calidad de (representante legal, familiar o allegado del paciente) o ..... con DNI ..

Declaro:

Que el Doctor/a .. me ha explicado que es conveniente/necesario, en mi situación la realización de ..... y que he comprendido adecuadamente la información que me ha dado.

En .. a .. de .. de ..

Fdo.: Don/doña .. DNI ..

Fdo.: Dr./a .. Colegiado nº: ..

**9. Revocación del consentimiento**

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

En .. a .. de .. de ..

Fdo.: Médico

Fdo.: Paciente

Colegiado nº: ..

D.N.I.