

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos de mi gestación y futuro parto, asumiendo ante el Centro y ante la totalidad del equipo sanitario que me atiende, la responsabilidad de esta decisión y de la totalidad de las consecuencias que se deriven de la misma.

Y en tales condiciones firmo el presente documento,

En _____, a _____ de _____ de 20____.
(Lugar y fecha)

Médico informante:
Nº de colegiado:
Firma:

Paciente (o representante legal):
Firma:

REVOCACIÓN

Doña _____ de _____ años de edad, con domicilio en _____ y DNI Nº _____
(Nombre y dos apellidos de la paciente)

Don/Doña _____ de _____ años de edad y DNI Nº _____, en calidad de _____ de Doña _____
(Representante legal)
(Nombre y dos apellidos de la paciente)

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

En _____, a _____ de _____ de 20____.
(Lugar y fecha)

Médico informante:
Nº de colegiado:
Firma:

Paciente (o representante legal):
Firma:

ANEXO 1 - INFORMACIÓN ADICIONAL.

	ACEPTA	RECHAZA
SANGRE TOTAL		
CÉLULAS ROJAS		
PLAQUETAS		
PLASMA		
CRISTALOIDES		
CRISTALOIDES SINTÉTICOS		
PRODUCTOS DE INGENIERIA RECOMBINANTE		
ERITROPOYETINA		
FACTORES DE COAGULACIÓN RECOMBINANTE (No plasmáticos) NOVOSEVEN		
ALBÚMINA		
INMUNOGLOBULINAS		
FACTORES DE COAGULACIÓN NO RECOMBINANTES (plasmáticos)		
OCTAPLEX		
DEPÓSITO PREOPERATORIO DE SANGRE AUTÓLOGA		
HEMODILUCIÓN NORMOVOLÉMICA AGUDA		
RECUPERACIÓN INTRAOPERATORIA DE LAS PÉRDIDAS SANGUÍNEAS		
Otros: Fcos antifibrinolíticos (ANCHAFIBRIN)		
Otros: Vitam K		
Otros:		