

Yo, (Nombre y apellidos del paciente): _____

Con DNI: _____

Declaro que el Doctor/a _____ me ha explicado que es médicamente conveniente para mi caso concreto realizar una PLASMAFÉRESIS.

Me ha informado que este tratamiento, también denominado recambio plasmático, tiene como principal objetivo retirar ciertas sustancias anormales o patológicas que me son perjudiciales y que se encuentran en mi plasma sanguíneo (la parte de mi sangre que no contiene células).

Para tal fin, es necesaria la colocación mediante punción, de catéteres (pequeños tubo de plástico) en 1 ó 2 venas de mis antebrazos o en venas de mayor calibre (denominadas vías centrales), localizadas a nivel de cuello, ingle o clavícula.

La elección por parte del Hematólogo, del tipo de catéter a utilizar (central o periférico) está basada entre otras cosas, en la rapidez con la que sea necesario actuar en cada caso y de los volúmenes a reemplazar, pues en casos de urgencia o de grandes volúmenes, es preferible usar las vías de mayor calibre (es decir, las vías centrales antes mencionadas).

La colocación de la vía central será efectuada por un médico con conocimiento y capacitación adecuada para realizar la técnica (habitualmente un cirujano, un intensivista o un anestesiólogo).

A través de tales catéteres y mediante un sistema de tubos y bolsas estériles, se hace llegar mi sangre a una máquina separadora que se encarga de retirar de manera selectiva el plasma que contiene la proteína o sustancia nociva y permite que el resto de mi sangre me sea devuelta junto con un sustituto del plasma que reemplazará al que se me ha retirado.

La sustitución del plasma se puede hacer con plasma fresco congelado o albúmina.

El número de sesiones que necesite puede variar en función de la enfermedad que padezco y los resultados que se vayan obteniendo. Será mi médico quien me irá informando del programa de recambios plasmáticos más adecuado para mi caso concreto.

También me ha justificado las razones generales y particulares por las que este tratamiento puede resultar beneficioso para mi salud. En esencia, eliminar de la sangre determinadas sustancias nocivas que están produciendo la enfermedad que padezco, con lo que mejorará o desaparecerá la sintomatología que producen.

Asimismo, me ha explicado que los riesgos derivados de no recibir este tratamiento son muy variables según el tipo de enfermedad y de proteína anómala, pero se resumen en el agravamiento de la sintomatología de mi enfermedad, lo que acabaría poniendo en peligro mi vida.

Además me ha informado de que el tratamiento no está exento de posibles efectos secundarios y riesgos y me ha explicado cuáles son. Me ha informado que puede producir:

- Calambres musculares (que se solucionan con cierta facilidad suministrando calcio).
- Descenso de la tensión arterial (hipotensión) debido a la circulación extracorpórea, malestar general o síncope (desmayo).
- Reacciones a la infusión del sustituto de plasma que se administra durante el proceso (habones en la piel, tiritona, fiebre, hipotensión, dificultad para respirar, y en casos excepcionales, parada cardio-respiratoria y muerte).
- En el caso de infundir plasma fresco congelado (indicado en algunas enfermedades o cuando existen alteraciones de la coagulación que lo justifican), existe un riesgo de contraer infecciones víricas (virus de la hepatitis, VIH y otros), de 1 por cada 60.000 transfusiones. El riesgo de sufrir reacción alérgica es también mayor en estos casos, si bien se emplea un tratamiento preventivo.
- Se añaden los riesgos propios del acceso vascular elegido para realizar la plasmaféresis, destacando:
 - Molestias en la zona de punción.
 - Trombosis a la vena que se punciona.
 - Sangrado en el sitio de la punción (hematoma).
 - Punción arterial.
 - Infección local o generalizada.
 - Una de las complicaciones graves es que se puncione la capa que rodea el pulmón (pleura), pudiendo entrar aire en ella. Esta complicación se denomina neumotórax. Si la cantidad es pequeña, se resuelve sola y no hay que hacer nada, pero si la cantidad fuera importante, sería preciso colocarme un tubo para facilitar la salida de aire.

Asimismo, 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:

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que:

Todas estas condiciones han sido valoradas por mi médico antes de somerme 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, puede 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

En consecuencia, de forma expresa autorizo y doy mi consentimiento:

En Madrid, a _____ de _____ de 20____

Firma del paciente

Firma del representante

Firma del médico
Nº Colegiado

Nombre del representante legal que firma en lugar del paciente, indicándose la causa y el del carácter con que interviene (Padre, Madre, Tutor, Hijo/a, etc.). Por ser menor de edad o estar incapacitado Por delegación voluntaria Porque la situación clínica del paciente no lo permita.

Nombre _____ DNI: _____

En calidad de _____ **autorizo** la realización del procedimiento mencionado.

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Después de ser informado de la naturaleza y riesgo del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi **DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO** para su realización, haciéndome plenamente responsable de las consecuencias médico-legales que puedan derivarse de ésta decisión.

Motivo: _____

En Madrid, a _____ de _____ de 20____

Firma del paciente

Firma de testigo

Firma del médico
Nº Colegiado

Nombre del representante legal que firma en lugar del paciente, indicándose la causa y el del carácter con que interviene (Padre, Madre, Tutor, Hijo/a, etc.). Por ser menor de edad o estar incapacitado Por delegación voluntaria Porque la situación clínica del paciente no lo permita.

Nombre _____ DNI: _____

En calidad de _____ **deniego** la realización del procedimiento mencionado.

Firma del representante

REVOCACIÓN

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

En Madrid, a _____ de _____ de 20____

Firma del paciente

Firma de representante

Firma del médico
Nº Colegiado

Nombre del representante legal que firma en lugar del paciente, indicándose la causa y el del carácter con que interviene (Padre, Madre, Tutor, Hijo/a, etc.). Por ser menor de edad o estar incapacitado Por delegación voluntaria Porque la situación clínica del paciente no lo permita.

Nombre _____ DNI: _____

En calidad de _____ **revoco** el consentimiento.