

Apellidos: _____

Nombre: _____

Nº de historia: _____

Consentimiento informado para realización de leucoaféresis con intención de citorreducción

Que el DOCTOR/A.....

(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

me ha explicado que es médicamente conveniente para mi caso concreto proceder a la REALIZACIÓN DE LEUCOAFÉRESIS

Me ha informado que este procedimiento tiene como objetivo disminuir los leucocitos de la sangre periférica. El proceso de recogida consiste en colocarme, mediante punción, unos pequeños catéteres (tubos de plástico) en dos venas de los antebrazos (o un catéter de dos luces en alguna vena de mayor calibre del tronco). A través de ellos y de un sistema de tubos y bolsas estériles, se hace llegar mi sangre a una máquina separadora selectiva de células. El separador celular retiene los leucocitos y me devuelve el resto de elementos de la sangre a través del otro catéter.

El proceso de leucoaféresis se realizará diariamente durante 1, 2 ó más días, hasta reducir la cifra de leucocitos en sangre periférica lo conveniente y/o lo posible.

También me ha justificado las razones generales y particulares por las que este tratamiento puede resultar beneficioso para mi salud. En esencia, disminuir la cifra de leucocitos dada la hiperleucocitosis que presenta para una mejor tolerabilidad del posterior tratamiento hemato-específico si lo requiriera. 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 peor tolerabilidad y mayor probabilidad a toxicidad al tratamiento hemato-específico así como de complicaciones derivadas de la hiperleucocitosis como son los eventos vasculares hemorrágicos o isquémicos.

Además, me ha informado que el tratamiento no está exento posibles efectos secundarios y riesgos y me ha explicado cuáles son los más frecuentes: El proceso de aféresis puede producir calambres musculares (que se resuelven con la administración de calcio), hipotensión debido a la circulación extracorpórea, malestar general o síncope (desmayo).

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: (Rellenar, si procede, con riesgos particulares que se presuman debido a condiciones personales o médicas concretas del paciente).....

.....

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: (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

CONSENTO

Que se me realice el procedimiento de OBTENCIÓN DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS DE SANGRE PERIFÉRICA PARA REALIZAR UN AUTOTRASPLANTE.

Firma del paciente D.N.I.: _____ Fecha: ____ / ____ / ____	Firma del médico que indica el tratamiento Nº Colegiado: _____ Fecha: ____ / ____ / ____
--	--

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente, con indicación del carácter con el que interviene (padre, madre, tutor, etc.).	
Nombre del representante legal: _____	FIRMA D.N.I. _____

Revocación del consentimiento informado Con fecha ____ / ____ / ____ revoco el consentimiento prestado en fecha ____ / ____ / ____	
Firma del paciente D.N.I.: _____	Firma del médico Nº Colegiado: _____
Nombre del representante legal en caso de incapacidad de la paciente, con indicación del carácter con el que interviene (esposo, padre, madre, tutor, etc.).	
Nombre del representante legal: _____	Firma D.N.I. _____