



## Información y Consentimiento Informado para de donante de placenta y membrana amniótica

<b>Nombre del procedimiento</b> Donación de placenta y membrana amniótica	<b>Servicio de</b>
<b>Nombre del Centro de Salud</b>	<b>Edad del usuario</b>
<b>Nombre del usuario</b>	<b>Nº de Identificación</b>
<b>Nombre del profesional que informa</b>	<b>Código profesional</b>
<b>Nombre del profesional que realiza el procedimiento</b>	<b>Código profesional</b>

Lea cuidadosamente y consulte al profesional cualquier duda que le surja.

### Descripción del procedimiento:

La donación de la membrana amniótica consiste en ceder la placenta que se encarga de proteger al niño(a) dentro del vientre de la madre, la cual no es necesaria para el recién nacido, pero es un tejido muy útil para diversos tratamientos, como en pacientes quemados o en pacientes con problemas en los ojos.

Si usted realiza la donación, luego de la operación (cesárea), el equipo que le atiende entrega la placenta al funcionario responsable de trasladarla al laboratorio, además se requerirá una muestra de sangre de la madre para realiza exámenes adicionales.

### Objetivo y beneficios esperables:

El proceso de donación de membrana amniótica se realiza para obtener un tejido que, una vez procesado se puede utilizar para tratar a pacientes que sufren de quemaduras en la piel o problemas en los ojos, lo que mejora la calidad de vida de los pacientes que reciben el tratamiento.

### Alternativas disponibles:

Usted podría optar por no realizar la donación de la membrana amniótica, no tendrá ninguna consecuencia negativa para usted o su hijo(a) si toma esa decisión.

### Consecuencias previsibles:

El proceso de donación no produce daños o efectos secundarios sobre usted o su hijo(a).

### Riesgos:

En el caso de la donación de membrana amniótica, al tratarse de un tejido que el niño ni la madre necesitan después de la cesárea, el proceso de donación no produce daños o efectos secundarios indeseables.

### Riesgos personalizados:

El profesional le explicará y anotará en observaciones sus condiciones médicas, psicológicas o sociales que generen algún riesgo adicional para la intervención.

### Información de interés:

Usted puede cambiar de opinión cuando lo desee, con respecto a si desea continuar con la donación o no. Aceptar realizar la donación no libera al profesional o a la institución de responsabilidades legales o administrativas que estos incumplan.



**Es necesario que conozca lo siguiente:**

El Programa Nacional de Trasplantes determinará, de una única lista de personas en espera de ser trasplantados, quién va a recibir cada órgano o tejido donado. El equipo de trasplantes tomará las precauciones para mantener la confidencialidad del donante y el receptor, y que es prohibido recibir regalos, dinero o presiones por parte de otras personas para que usted autorice esta donación, ya que se trata de un acto voluntario, de buena fe y solidario.

**Dudas planteadas por el paciente:**

El profesional responderá y anotará en observaciones las preguntas que usted tenga.

**Observaciones:**

**Con base en la información y explicación que el profesional me ha brindado:**

Declaro que toda la información que he brindado sobre mi condición de salud es cierta, y que no he omitido ningún aspecto que me hubiera sido preguntado, que me han explicado oralmente respecto al procedimiento: cómo se realiza, riesgos, complicaciones, alternativas y me han aclarado las dudas y que conozco que existe la posibilidad de cambiar de opinión sobre la realización del procedimiento. Además declaro que, se me ha informado que según lo establecido en la Ley General de HIV/SIDA, para los procesos de donación y trasplante es obligatoria la realización de la prueba de HIV.

**De manera libre y voluntaria complete la siguiente información:**

¿Acepta someterse al procedimiento recomendado?	(SI)	(NO)
¿Acepta que en caso necesario se le transfunda sangre o alguno de sus componentes? Por las características de esta cirugía es muy frecuente que sea necesario realizar transfusiones para salvaguardar su vida, por lo que si usted no desea la transfusión lo más probable es que el equipo tratante le proponga no ser donante.	(SI)	(NO)
_____	_____	_____
Firma o huella del usuario	Fecha	Hora
_____	_____	_____
Firma del representante (si procede)	Fecha	Hora
_____	_____	_____
Firma del profesional que informa	Fecha	Hora



_____	_____	_____
Firma del profesional que realiza la intervención	Fecha	Hora
<b>En caso de consentimiento por delegación (completar solo en caso necesario o bien dejar en blanco)</b>		
_____	_____	_____
Nombre del testigo	Firma      Identificación	Fecha
_____	_____	_____
Nombre del testigo	Firma      Identificación	Fecha
<b>En caso de revocatoria del consentimiento (completar solo en caso necesario o bien dejar en blanco)</b>		
He cambiado de opinión y ya no deseo realizarme el procedimiento que había autorizado en la fecha _____.		
_____	_____	_____
Nombre del usuario	Firma      Identificación	Fecha