



Información y Consentimiento Informado para de donante de Sangre de Cordón Umbilical

Nombre del procedimiento Donación de sangre de cordón umbilical	Servicio de
Nombre del Centro de Salud	Edad del usuario
Nombre del usuario	Nº de Identificación
Nombre del profesional que informa	Código profesional
Nombre del profesional que realiza el procedimiento	Código profesional

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

Descripción del procedimiento:

Para la donación de sangre de cordón umbilical se extrae una muestra de sangre del brazo de la madre y otra del cordón umbilical que está unido a la placenta, las dos muestras de sangre se envían al laboratorio para descartar infecciones.

La sangre se colecta una vez que el bebé ha nacido y se ha cortado el cordón; se efectúa una punción en la vena del cordón umbilical antes de ser expulsada. No representa ningún peligro para el bebé ni para la madre. No es necesario tomar muestras de sangre del recién nacido, sin embargo, seis meses después del nacimiento, el Banco de Sangre de Cordón Umbilical le contactará para que lleve a su hijo(a) a realizar un examen de sangre de control. La sangre que usted donó se mantendrá almacenada de manera confidencial, para ser utilizada cuando sea necesaria.

Objetivo y beneficios esperables:

La donación y almacenamiento de esta sangre permite que se encuentre a disposición en el momento en que alguna persona la necesite. La sangre de cordón umbilical contiene células madre, esas células tiene la capacidad de originar nuevas células, por lo que pueden ser utilizadas en personas con enfermedades de la sangre como: leucemias, síndromes displásicos, algunos tipos de linfoma, enfermedades genéticas, enfermedades hematológicas o inmunodeficiencias primarias.

Alternativas disponibles:

Usted podría optar por no realizar donación de Sangre de Cordón Umbilical, lo cual no tendría ninguna repercusión para usted o su hijo(a), en este caso la sangre se descartará.

Consecuencias previsibles:

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

Riesgos:

Al tratarse de un tejido que el niño ni la madre necesitan después del parto, 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: Cuando un paciente requiere un trasplante de células madre y no tenga un donador familiar compatible, el centro de trasplante solicitará al Banco de sangre de cordón umbilical realizar la búsqueda de sangre compatible. 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. En caso de una emergencia durante el procedimiento se hará lo necesario para el resguardo de la salud y vida suya y de su bebé.

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 realizar la donación?		(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
En caso de consentimiento por delegación (completar solo en caso necesario o bien dejar en blanco)		
_____	_____	_____
Nombre del testigo	Firma Identificación	Fecha
_____	_____	_____
Nombre del testigo	Firma Identificación	Fecha
En caso de revocatoria del consentimiento (completar solo en caso necesario o bien dejar en blanco)		
He cambiado de opinión y ya no deseo realizar la donación que había autorizado en la fecha _____.		
_____	_____	_____
Nombre del usuario	Firma Identificación	Fecha