



## Información y Consentimiento Informado para receptor de Sangre de Cordón Umbilical

<b>Nombre del procedimiento</b> Receptor de sangre de cordón umbilical	<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:

El trasplante de sangre de cordón umbilical consiste en la inyectar por una vía la sangre de cordón umbilical, que previamente fue donada y enviada al laboratorio para descartar infecciones. El objetivo es sustituir a las células enfermas del paciente por células sanas, no se trata por tanto de ninguna cirugía.

### Objetivo y beneficios esperables:

La sangre de cordón umbilical contiene células madre, esas células tienen la capacidad de originar nuevas células, por lo que pueden ser utilizadas en personas con enfermedades de la sangre como: Leucemias, mielomamúltiple, síndromes mielodisplásicos, algunos tipos de linfoma, enfermedades genéticas, enfermedades hematológicas (aplasia medular,) anomalías eritrocitarias congénitas (anemia de Fanconi, alfa Talasemia, Beta Talasemia mayor, drepanocitosis).

### Alternativas disponibles:

Usted podría optar por no realizarse el trasplante y continuar con el tratamiento médico que se ha indicado hasta ahora.

### Consecuencias previsibles:

Podrá sentir fatiga una vez completado el procedimiento.

### Riesgos más frecuentes:

Cualquier acto médico tiene riesgos. En el caso de trasplantes de células de cordón umbilical, podría presentarse infección, inflamación o formación de un “morete” en la vena.

### Riesgos más graves:

Son menos frecuentes, como: dolor muscular, náuseas o diarrea, erupciones graves de piel, prurito o picazón, llagas en la boca, daño al hígado (coloración amarilla en piel o los ojos), lesiones en pulmón, posibilidad de transmisión de enfermedades genéticas no reconocibles en el momento del nacimiento o fracaso del implante. Si se presentara una situación así, usted será atendido por el personal médico de la institución.

### 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 el trasplante 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 el 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. En caso de una emergencia durante el procedimiento se hará lo necesario para el resguardo de su salud y vida.

**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
<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 con Sangre de Cordón Umbilical que había autorizado en la fecha		
_____.		
_____	_____	_____
Nombre del usuario	Firma      Identificación	Fecha