



Consentimiento Informado para recepción de sangre de cordón umbilical

Establecimiento de salud	Servicio	
Nombre del usuario	N.º de identificación	Edad
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: el trasplante de sangre de cordón umbilical consiste en inyectar por una vía la sangre de cordón umbilical que previamente fue donada y enviada al laboratorio para descartar infecciones. Por tanto, no se trata de ninguna cirugía.

Objetivo y beneficios esperables: la sangre de cordón umbilical contiene células madre, que tienen la capacidad de originar nuevas células, por lo que pueden ser utilizadas en personas con enfermedades de la sangre como: leucemias, mieloma múltiple, síndromes mielodisplásicos, algunos tipos de linfoma, enfermedades genéticas, enfermedades hematológicas (aplasia medular) y anomalías eritrocitarias congénitas (anemia de Fanconi, alfa talasemia, betatalasemia mayor, drepanocitosis), con el fin de sustituir a las células enfermas por células sanas.

Alternativas disponibles: usted podría optar por no realizarse el trasplante y continuar con el tratamiento médico que se ha indicado hasta ahora.

Consecuencias previsibles: podría sentir fatiga una vez completado el procedimiento.

Riesgos más frecuentes: cualquier procedimiento tiene riesgos. En el caso de los trasplantes de células de cordón umbilical, podría presentarse infección, inflamación o formación de un “morete” en la vena.

Riesgos más graves: estos son menos frecuentes e incluyen: dolor muscular, náuseas o diarrea, erupciones graves en la piel, prurito o picazón, llagas en la boca, daño al hígado (coloración amarilla en piel u ojos), lesiones en pulmón, posibilidad de transmisión de enfermedades genéticas no reconocibles al 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 las 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 quiere continuar con la cirugía de trasplante o no, sin consecuencias negativas para su persona. Aceptar realizar la cirugía no libera al profesional o a la institución de responsabilidades legales o administrativas que estos incumplan.

El equipo de trasplantes tomará las precauciones para mantener la confidencialidad del donante y el receptor. Está prohibido recibir regalos, dinero o presiones por parte de otras personas para que usted autorice la cirugía o para que le donen tejidos, 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 su 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 dado sobre mi condición de salud es cierta, y que no he omitido ningún aspecto que me hubiera sido preguntado. También declaro que me han explicado oralmente el procedimiento: cómo se realiza, riesgos, complicaciones y alternativas, y me han aclarado todas las dudas. Además, declaro que se me ha informado que existe la posibilidad de cambiar de opinión sobre la realización del procedimiento y que según lo establecido en la Ley General de VIH/SIDA, para los procesos de donación y trasplante es obligatoria la realización de la prueba de VIH.

De manera libre y voluntaria complete la siguiente información:

¿Acepta someterse al procedimiento o intervención propuesta?		(SI)	(NO)
_____ Firma o huella del usuario	_____ Fecha	_____	_____ Hora
_____ Firma o huella del representante (si procede)	_____ Fecha	_____	_____ Hora
_____ Firma del profesional que informa	_____ Fecha	_____	_____ Hora
_____ Firma del profesional que realiza la intervención	_____ Fecha	_____	_____ Hora

Firmas de los testigos: nosotros, los abajo firmantes, damos fe de que la persona usuaria:

- Ha impreso su huella digital en nuestra presencia, en señal de aceptación del procedimiento o actividad anteriormente indicado.
- Ha delegado en nuestra presencia el derecho de autorizar el procedimiento o intervención propuesta.



_____ Nombre de la persona a la que se delega	_____ Firma o huella	_____ Identificación	_____ Fecha
_____ Nombre del testigo 1	_____ Firma o huella	_____ Identificación	_____ Fecha
_____ Nombre del testigo 2	_____ Firma o huella	_____ Identificación	_____ Fecha

De requerirse practicar otros procedimientos no contemplados en este Consentimiento Informado, se deberán utilizar formularios adicionales, digitalizarlos e incorporarlos al Expediente de Salud mediante el Asistente EDUS.

Revocatoria:

En caso de revocatoria del consentimiento (completar solo en caso necesario o bien, dejar en blanco).

He cambiado de opinión y ya no deseo realizarme el procedimiento o intervención que había autorizado.			
_____ Nombre del usuario o del representante (si procede)	_____ Firma o huella	_____ Identificación	_____ Fecha