

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones. Léalo atentamente y consulte con su médico todas las dudas que se le planteen.

Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, familiar o persona vinculada de hecho, este Consentimiento Informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

PACIENTE

Yo, D./Dña....., de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....
con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña....., de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **INFILTRACIÓN DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS (PRP)**. He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

1. El propósito principal de la intervención es la regeneración del tejido patológico que causa su sintomatología, con la consiguiente disminución del dolor secundario a su proceso. Las plaquetas poseen en su interior Factores de Crecimiento, proteínas que pueden acelerar los procesos de curación de los tejidos. Este proceso pretende introducir Factores de Crecimiento propios para dicha regeneración tisular.

2. El procedimiento consiste en la aplicación de Plasma Rico en Plaquetas localmente mediante infiltración en la zona afectada. Para su preparación se realiza previamente una extracción sanguínea que se procesa en un circuito cerrado mediante el uso de un kit autorizado o de forma abierta mediante procedimientos acreditados y en instalaciones acreditadas para este proceso. Según las instrucciones del procedimiento utilizado, la sangre se centrifuga produciéndose la separación de sus componentes: glóbulos rojos, glóbulos blancos y el plasma con las plaquetas. Personal especializado realiza la extracción de la fracción del plasma con plaquetas. Esta fracción, que es una parte de la sangre del paciente, puede ser activada previamente siguiendo las instrucciones del procedimiento y es aplicada por médicos y cirujanos en el lugar lesionado.

RIESGOS DEL TRATAMIENTO DE INFILTRACIÓN DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad), lleva implícita una serie de complicaciones, comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios (tanto médicos como quirúrgicos) y, en un mínimo porcentaje de casos, comprometer la viabilidad del miembro y/o la vida del paciente. Las complicaciones específicas, muchas de las cuales motivan nuevas intervenciones, pueden consistir en:

- a. Infección superficial o profunda en la zona de aplicación del PRP.
- b. Riesgos relacionados con la extracción sanguínea (en la venopunción, en la manipulación de la sangre extraída, etc).
- c. Riesgos relacionados con la infiltración del PRP (lesión de estructuras adyacentes al punto de inyección).
- d. Lesión o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar, temporal o definitivamente, trastornos sensitivos y/o motores.
- e. Ausencia de mejoría.
- f. Hematoma.
- g. Contractura muscular.
- h. Rigidez o limitación funcional de articulaciones vecinas.
- i. Algodistrofia simpático refleja o enfermedad de Südeck
- j. Síndrome compartimental.
- k. Además de los mencionados, pueden existir efectos aún no descritos de la aplicación del PRP

ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS

Como alternativa al procedimiento propuesto se puede realizar un tratamiento conservador consistente en fisioterapia o en infiltraciones con corticoides, etc.

Mediante la firma del presente documento declaro que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones que he precisado, aclarándome todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico del tratamiento, así como a los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir tales como:

.....
.....

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. Asimismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. **TAMBIÉN COMPRENDO QUE, EN CUALQUIER MOMENTO Y SIN EXPLICACIÓN ALGUNA, PUEDO REVOCAR EL CONSENTIMIENTO QUE AHORA PRESTO.** Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

En tales condiciones, libre y voluntariamente, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice el procedimiento/tratamiento quirúrgico del **INFILTRACIÓN DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS.**

En....., a de.....de.....

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL Dr./La Dra.

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO



REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

REVOCO el Consentimiento prestado en fecha....., y no deseo proseguir el procedimiento/tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

Fdo. EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR
O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Fdo: EL/LA TESTIGO