

CONSENTIMIENTO INFORMADO PLASMA RICO EN PLAQUETAS (PRP)

Ley 26529

Además de la información oral facilitada por su médico sobre su enfermedad, usted debe saber que el propósito principal de los detalles transcritos a continuación es que conozca el procedimiento al que va a ser sometido, las complicaciones más frecuentes del mismo y las alternativas terapéuticas al tratamiento indicado por su doctor. Lea atentamente este documento y consulte con su médico todas las dudas que se le planteen. Por imperio de las leyes mencionadas arriba, usted o su representante legal deberá firmar el consentimiento para poder realizarle la intervención.

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE:

Profesional tratante (y equipo):

Fecha:

Estado de Salud/diagnóstico (lateralidad/nivel):

DETALLES DE LA INTERVENCIÓN

Esta técnica consiste en tomar una muestra de su propia sangre y separar sus componentes por un proceso de centrifugación para aislar y concentrar las plaquetas en una fracción de plasma. Las plaquetas liberan factores de crecimiento que estimulan la proliferación celular de fibroblastos y la síntesis de matriz extracelular, que contiene proteínas, tales como colágeno y elastina. Esta fracción, que es una parte de la sangre del paciente, puede ser activada previamente siguiendo las instrucciones del procedimiento. El número y el intervalo entre sesiones depende del análisis personalizado de su patología. Por otra parte, el método se basa en el uso de sus propias células y la capacidad de regeneración natural, por lo que puede ser una variación natural en los resultados entre los individuos. Dejo constancia que se me ha informado que es probable que personal de salud en formación puedan participar en el proceso de planificación, organización, quirúrgico, de atención y seguimiento. 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.

Beneficios razonables esperados del procedimiento / Objetivo de la intervención:
Mejoría del dolor y función.

RIESGOS HABITUALES

Toda intervención, tanto por la propia técnica, como por la situación vital de cada paciente, lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían

hacer variar la técnica programada, requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos o re intervenciones, así como un mínimo porcentaje de mortalidad. Dichas complicaciones que pueden ser durante, inmediatamente después o alejadas del procedimiento incluyen las relacionadas con sangrados, infecciones, adherencias, cicatrices, trombosis de aparición más o menos frecuente, entre otras, según el procedimiento a efectuar y según se lo explica el médico en este acto.

Al igual que con todos los productos inyectables, la presencia de hematoma o enrojecimiento en los sitios de inyección. Sensaciones de calor y la tensión superficial de la piel. La infección de la articulación o del sitio de aplicación, es la complicación más seria de la aplicación del PRP y se relaciona con la contaminación bacteriana o de otro microorganismo, de la sangre durante el proceso de extracción sanguínea, centrifugación y separación de las plaquetas. Puede requerir múltiples intervenciones quirúrgicas para su curación, antibióticos orales y endovenosos y originar severas secuelas en la articulación o parte del cuerpo afectada, que en raras ocasiones puede llevar a la amputación o muerte. Rigidez articular en las articulaciones vecinas, pérdida de fuerza de los músculos remanentes e insuficiencia de los tendones y ligamentos. En casos muy raros y en pacientes con potencial alérgico puede producirse edema debido a un proceso inflamatorio mayor al normal. Asimismo, recuerde a su médico si usted tiene un historial de alergias a medicamentos u otras sustancias. Complicaciones relacionadas con la extracción sanguínea (en la venopunción, generación de hematomas, infección, dolor, tromboflebitis). Complicaciones relacionadas con la infiltración del PRP (lesión de estructuras adyacentes como tendones, nervios y vasos, al punto de inyección). Lesión o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar, temporal o definitivamente, trastornos sensitivos y/o motores. Ausencia de mejoría, empeoramiento de la sintomatología. Algodistrofia simpático refleja o enfermedad de Südeck. Síndrome compartimental.

RIESGOS PROPIOS DEL PACIENTE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

Las patologías degenerativas de las articulaciones pueden ser tratadas con múltiples tratamientos: antiinflamatorios orales, inyecciones intraarticulares, fisio kinesioterapia, etc.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE LA NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Continuar con dolor y/o sintomatología previa.

CONSENTIMIENTO

He sido informado que el presente consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento previa a la realización del procedimiento. He tenido la oportunidad de efectuar todas las

preguntas y solicitar todas las aclaraciones que he considerado necesarios según mi propia capacidad de comprensión.

Doy mi consentimiento de acuerdo a la ley n°26529 de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud para que me sea efectuado el procedimiento de tratamiento quirúrgico, se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo y declaro estar debidamente informado/a, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas sobre el procedimiento y eventuales alternativas en entrevista personal con el profesional tratante y/o profesional del equipo tratante, asimismo he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria. Dejo constancia que he sido informada/o que el consentimiento que he prestado a la práctica propuesta puede ser revocado a mi libre voluntad.

Declaro que he sido informado por los médicos de los riesgos de la intervención/TRATAMIENTO con **PLASMA RICO EN PLAQUETAS** y que me han explicado las posibles alternativas. Estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

Soy consciente que la práctica de la medicina y la cirugía no son una ciencia exacta y reconozco que a pesar de que el cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación no me han sido garantizados la obtención de estos.

En consecuencia, doy mi consentimiento para la realización de la intervención

Firma del paciente.....

Aclaración.....Documento.....

Firma del familiar.....

Aclaración.....Documento.....

Firma del médico.....

Aclaración.....Sello.....

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente con indicación del carácter en que intervienen (padre, madre, tutor, etc.):

Firma.....Aclaración.....Documento.....

.....Carácter/vínculo.....En.....,

a.....días del mes de.....de.....

Firma de testigo.....

Aclaración.....DocumentoVínculo.....



Firma del médico.....

Aclaración..... Sello:.....

REVOCACIÓN / RECHAZO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO (tachar lo que no corresponda)

Revoco el presente consentimiento/rechazo tratamiento propuesto, habiendo sido informado debidamente por el médico tratante de las consecuencias médicas de la no realización del procedimiento descrito en el mismo. Asumo expresamente la responsabilidad y las consecuencias de la decisión que he tomado.

Firma del paciente.....

Aclaración.....Documento.....

Firma del representante.....

Aclaración.....Documento.....Vínculo.....

Firma de testigo.....

Aclaración.....DocumentoVínculo.....

MÉDICO (Sello y firma):

.....