

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
ASPIRADO-BIOPSIA DE MÉDULA ÓSEA**

Apellidos :.....Nombre.....
Nº identificación/Historia clínica
Fecha:.....

• Finalidad:

Obtener muestra del lugar donde se fabrican las células de la sangre y estudiar sus enfermedades. También puede ser útil para descartar que células de otros órganos estén infiltrando la médula o para estudiar determinadas infecciones. Según la enfermedad sospechada se le realizará un aspirado, una biopsia o ambos.

• Descripción del proceso

En primer lugar se le administrará un anestésico local. Si usted es alérgico a estos preparados debe comunicarlo a su médico. A continuación se procederá a la punción y extracción de un poco de sangre (aspiración de médula ósea) del hueso, o bien a la punción y obtención de un pequeño cilindro de hueso (biopsia de médula ósea). Las aspiraciones suelen realizarse en el esternón o en la cresta ilíaca posterior; las biopsias se realizan en la cresta ilíaca anterior o posterior.

• Efectos secundarios

En el momento de la aspiración puede notar algo de dolor en el lugar de punción. En la zona donde se le ha realizado la prueba, puede quedar un hematoma o cardenal pasajero. Efectos serios son excepcionales y este centro está capacitado para tratarlos adecuadamente.

RIESGOS PERSONALIZADOS

Derivados de la situación particular de cada paciente (cumplimentar si procede):

.....
.....



DECLARACIONES Y FIRMAS:

• Declaración del paciente:

- He sido informado por el médico abajo mencionado de:
 - las ventajas e inconvenientes del procedimiento arriba indicado.
 - las posibles alternativas al mismo.
 - que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.
- He comprendido la información recibida, he leído la información complementaria y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

- Nombre del paciente:
- Firma:

• Declaración del médico, de que ha informado debidamente al paciente.

Nombre Firma

• Declaración del familiar, persona allegada o representante legal, en su caso, de que han recibido la información por incompetencia del paciente.

Nombre Firma

• Declaración de testigo, en su caso

Nombre Firma

DOCUMENTO INFORMATIVO PARA LOS PACIENTES, EN RELACIÓN CON EL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Este documento de consentimiento informado ha sido elaborado por la Asociación Española de Hematología y Hemoterapia (Sociedad Científica legalmente autorizada).

Su fin principal consiste en proteger el Derecho de Autonomía del paciente en su relación con el médico.

El Derecho de Autonomía permite al paciente tomar sus propias decisiones acerca del cuidado y tratamiento que va a recibir y requiere la información necesaria y suficiente por parte del médico que le atiende. A su vez, este documento contribuye a la salvaguarda de los deberes y derechos del médico en el ejercicio de su actividad profesional.

Ley de Protección de datos: En cumplimiento de lo establecido en la Ley / Orgánica 15/99, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y que tiene por objeto garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar, le informamos que los datos personales que durante nuestra atención nos ha proporcionado, serán utilizados con el único fin de prestarle los servicios médicos, diagnósticos y terapéuticos necesarios para su salud. Estos datos serán considerados confidenciales y protegidos con alto nivel de seguridad, siendo incorporados a los ficheros de este centro -Hemomadrid-, registrados en la AEPD. La dirección de Hemomadrid garantiza la confidencialidad de los datos personales objetos de tratamiento y se le informa que las personas involucradas en el tratamiento están obligadas al secreto profesional. En ningún caso se cederán los datos a un tercero a excepción de su compañía aseguradora a la que puede ser necesario prestar parte de los mismos con el fin de cumplir los servicios administrativos de la facturación del servicio prestado. Asimismo, le informamos que Ud. puede ejercitar sus derechos de consulta, acceso, rectificación, cancelación y oposición al Responsable del tratamiento de datos, en las instalaciones de nuestro Centro, quien actuará en consecuencia dentro de los plazos estipulados en la mencionada Ley.