

Dr. Rodríguez Paino
Dr. Fariñas García
Dra. Olaso Echaniz
Dra. Da Silva Rodríguez
Dr. Rodríguez Gambarte

CONSENTIMIENTO INFORMADO Sangría terapéutica

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

El consentimiento informado es este documento que le ofrecemos para leer y firmar. Es una exigencia legal, según el Art. 10 de la Ley 14/1.986, General de Sanidad, los usuarios del sistema sanitario tienen el derecho a que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento. Para nosotros también es una garantía de calidad asistencial

• Finalidad de la sangría terapéutica

Extraer una cantidad de sangre de manera que el paciente se beneficie de la misma. Bien disminuyendo la masa de glóbulos rojos en los casos de que esté aumentada, o bien para disminuir la cantidad de hierro del organismo en los casos en que sea necesario.

• Descripción del proceso:

- Antes del procedimiento su médico habrá valorado la indicación de la misma.
- No obstante, un médico de nuestro equipo revalorará las posibles contraindicaciones a la misma.
- Se programará un calendario de las sangrías.
- El proceso es similar a una donación de sangre, se pincha una vena en un brazo y se saca la cantidad indicada por el médico.

• Efectos secundarios:

Son los mismos que pueden presentarse en una donación de sangre: hematoma en la zona pinchada, mareos e hipotensión, palidez y sudoración, raramente pérdida de conocimiento y convulsiones. Las reacciones graves son prácticamente inexistentes y en el caso de que aparecieran, en este Centro disponemos de todo lo necesario para tratarlas correctamente.

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 y podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Nombre

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

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, registrados en la AEPD. La dirección 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 cumplimentar 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.