

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PARA LA TRANSFUSIÓN DE PLASMA

Nº HISTORIA

**Don/Doña** ..... de ..... años de edad.  
(Nombre y dos apellidos del paciente)  
con domicilio en ..... y D.N.I. nº .....

Don/Doña ..... de ..... años de edad.  
(Nombre y dos apellidos)  
con domicilio en ..... y D.N.I. nº .....  
en calidad de ..... de .....  
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**DECLARO**

**Que el DOCTOR/A** .....  
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)  
me ha explicado **que es médicamente conveniente para mi caso concreto recibir el siguiente tratamiento:**

**TRANSFUSIÓN DE PLASMA**

Me ha informado que este tratamiento tiene como principal objetivo reponer en mi sangre diversas proteínas, denominados factores de coagulación, que mi organismo, o bien no fabrica o bien consume en exceso. Para lograrlo me administrarán plasma (sangre sin células que contiene las proteínas sanguíneas) de uno o varios donantes sanos anónimos, a través de un catéter (pequeño tubo de plástico) colocado en una vena.

El plasma se obtiene de la sangre de donantes voluntarios y altruistas. Todos los derivados de la sangre, incluido el plasma, antes de ser usados para transfusión, se estudian en profundidad para descartar que puedan transmitir enfermedades contagiosas, y se comprueba que sean compatibles con la sangre del paciente receptor.

También me ha justificado las razones generales y particulares por las que este tratamiento puede resultar beneficioso para mi salud. En esencia, permitir la formación de coágulos en las lesiones sangrantes. Cuando no se dispone de la cantidad mínima necesaria de proteínas de la coagulación, **la reposición de plasma permite detener o prevenir sangrados potencialmente graves para la vida del paciente receptor.**

Me ha explicado también los riesgos que pueden producirse en caso de no recibir el tratamiento, que son los derivados de no corregir la escasez o ausencia de factores de coagulación. Ello conlleva que, en una situación de sangrado, éste no pueda ser controlado y se produzcan lesiones graves e irreversibles en órganos vitales (como, por ejemplo, el cerebro) y con ello también la muerte.

También me ha informado de las posibles alternativas a la transfusión de plasma que para el estado actual de mi enfermedad han sido médicamente descartadas. En ocasiones es necesario o preferible emplear tan sólo concentrados de algunos de los factores del plasma (fibrinógeno, factor VII activado, concentrado protrombínico). Algunos de estos productos son también derivados del plasma de donantes anónimos y, por tanto, conllevan los mismos riesgos que la administración de plasma entero. Por los riesgos que acarrea toda transfusión convencional mi médico ha valorado también el empleo de recursos terapéuticos alternativos como los agentes antifibrinolíticos (sustancias que favorecen la coagulación), la desmopresina (fármaco que incrementa la capacidad de formar coágulos) o las medidas locales sobre los puntos de sangrado. Sin embargo, estas medidas son parcialmente efectivas por lo que no siempre permitirán evitar la transfusión de plasma o derivados plasmáticos.

Además, me ha informado de que el tratamiento no está exento de posibles efectos secundarios y riesgos y me ha explicado cuáles son:

— Un riesgo muy bajo (inferior a 1 por cada 95.000 transfusiones), pero no nulo, de contraer infecciones por los virus de la hepatitis C, hepatitis B, inmunodeficiencia humana (SIDA) u otros menos frecuentes. A pesar de que la selección de donantes es muy cuidadosa y las precauciones para detectar sangre contaminada son máximas, existe una fase inicial en las enfermedades infecciosas (período ventana) en la que los agentes infecciosos no son detectables en la sangre y que por tanto hacen que siempre exista una mínima posibilidad de contagio.

— Reacciones transfusionales. Por procesos de tipo alérgico debidos al efecto de determinados componentes (proteínas) del donante que son extraños al receptor. Las reacciones leves (fiebre, escalofríos) son relativamente frecuentes y fáciles de tratar. Muy raramente estas reacciones pueden ser graves o muy graves y comprometer la vida del paciente (insuficiencia respiratoria, hipotensión grave o incluso parada cardio-respiratoria).

Asimismo, me ha explicado que, en mi caso particular, teniendo en cuenta mis circunstancias personales (edad, estado previo de salud, sexo, raza, profesión, credo religioso, etc.), existen los siguientes riesgos adicionales:

**RIESGOS PERSONALIZADOS**

*(Rellenar, si procede, con riesgos particulares que se presuman debido a condiciones personales o médicas concretas del paciente).*

.....

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Todas estas condiciones han sido valoradas por mi médico antes de someterme a este procedimiento. Me ha aclarado que se harán todas las pruebas y se adoptarán todas las medidas necesarias para que los riesgos descritos se reduzcan al máximo. También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que se me propone.

He comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el facultativo que me ha atendido me ha dado la oportunidad de formular todas las observaciones que he considerado oportunas, y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo adecuadamente el alcance y los riesgos del procedimiento objeto de este consentimiento.

Y en tales condiciones

### CONSENTIMIENTO

**Que se me realice el tratamiento con TRANSFUSIÓN DE PLASMA.**

En ..... (Lugar y fecha)

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El representante legal, familiar o allegado

### REVOCACIÓN (Anulación de este consentimiento)

Don/Doña ..... de ..... años de edad.

(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en ..... y D.N.I. nº .....

Don/Doña ..... de ..... años de edad

(Nombre y dos apellidos)

con domicilio en ..... y D.N.I. nº .....

en calidad de ..... de .....

(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

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

En.....(Lugar y fecha)

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El representante legal, familiar o allegado

Este modelo se basa en las recomendaciones de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA y de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA.

**Ley de Protección de Datos:** En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/99 de 13 de diciembre sobre Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales los consideramos confidenciales y serán incorporados a los ficheros de este centro con el único fin de prestarle los servicios médicos, diagnósticos y terapéuticos necesarios para su salud. En ningún caso se cederán los datos a un tercero a excepción de su compañía aseguradora a la que puede ser necesario comunicar parte de los mismos con el fin de cumplimentar los aspectos administrativos de la facturación del servicio prestado. Asimismo le informamos que usted puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en las instalaciones de nuestro hospital.