Dr. Rodríguez Paíno
Dr. Fariñas García
Dra. Olaso Echaniz
Dra. Da Silva Rodríguez
Dra. Melisa Daorta

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, podido formular todas las preguntas que he creído oportunas y doy mi consentimiento para efectuar el procedimiento.

- Conozco que los datos facilitados serán recogidos en un fichero automatizado cuya finalidad es atenderme adecuadamente y cumplir con la normativa vigente. El Servicio de Transfusión de la Clínica Santa Elena de Madrid es el responsable de la custodia y secreto de estos datos y sólo los delegará a un tercero con fines relacionados con la transfusión. Podré ejercer mis derechos en el tratamiento de mis datos personales de acuerdo con la normativa vigente siguiendo las instrucciones detalladas más abajo.

Nombre y Apellidos:

Firma:

Fecha:

· 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 Sociedad 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.

De conformidad con lo establecido en la normativa vigente en Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos serán incorporados al sistema de tratamiento titularidad de BAPRISAN SL con CIF B78800489 y domicilio social sito en C/ La Granja, 8 28003, Madrid, con la finalidad de captación, registro y tratamiento de datos de carácter personal de pacientes con el objeto de evaluar su estado de salud, prestarle el servicio de atención sanitaria y gestionar su historial clínico. En cumplimiento con la normativa vigente, BAPRISAN SL informa que los datos serán conservados durante plazo legal establecido.
A su vez, le informamos que puede contactar con el Delegado de Protección de Datos de BAPRISAN SL, dirigiéndose por escrito a la dirección de correo dpo.cliente@conversia.es o al teléfono 902877192.
De acuerdo con los derechos que le confiere la normativa vigente en protección de datos podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, limitación de tratamiento, supresión, portabilidad y oposición al tratamiento de sus datos de carácter personal así como del consentimiento prestado para el tratamiento de los mismos, dirigiendo su petición a la dirección postal indicada más arriba o al correo electrónico info@hemomadrid.com. Podrá dirigirse a la Autoridad de Control competente para presentar la reclamación que considere oportuna. En último lugar, BAPRISAN SL informa que con la firma del presente documento otorga el consentimiento explícito para el tratamiento de los datos mencionados anteriormente.