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

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 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 BAPRISÁN 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, BAPRISÁN SL informa que los datos serán conservados durante plazo legal establecio.
A su vez, le informamos que puede contactar con el Delegado de Protección de Datos de BAPRISÁN 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, BAPRISÁN SL informa que con la firma del presente documento otorga el consentimiento explícito para el tratamiento de los datos mencionados anteriormente.