



Sociedad Norte
del Dolor

1º APELLIDO _____

2º APELLIDO _____

NOMBRE _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO MEDIANTE PLASMA RICO EN PLAQUETAS O SUERO RICO EN CITOKINAS

El plasma rico en plaquetas PRGF, es un medicamento de uso humano según la Resolución de la AEMPS del 23/05/2013 que está basado en la obtención de un preparado de proteínas a partir de la sangre del propio paciente. Estas proteínas, poseen actividad biológica para la regeneración de tejidos dañados. Con este sistema a usted se le realizará una pequeña extracción de sangre. Esta se procesa para poder separar la sangre en sus componentes fundamentales: glóbulos rojos, glóbulos blancos y plasma con plaquetas. Este plasma, una vez preparado, será activado y administrado durante su tratamiento.

El suero rico en citokinas proporciona el principio activo sin células, con un potencial biológico superior.

COMPLICACIONES Y REACCIONES ADVERSAS

Como consecuencia de la extracción de sangre puede presentarse, en ocasiones, algunas molestias locales, como dolor transitorio en la punción o la aparición de un pequeño hematoma, que se resuelve espontáneamente.

La aparición de una reacción alérgica es absolutamente excepcional, dado que el plasma es autólogo (del propio paciente).

Excepcionalmente puede darse infección en la zona de aplicación (articulación como rodilla, cadera, hombro, discitis, etc..).

En el caso que usted pudiese padecer anemia o algún tipo de enfermedad asociada a agregación plaquetaria o enfermedad infecciosa y de cara a tomar las medidas de precaución correspondientes, por favor, comuníquese al profesional sanitario de forma previa a la realización de la técnica.

Me han explicado la posibilidad de otros tratamientos tanto para manejo del dolor habiendo optado finalmente por ésta.

RIESGOS PERSONALES

.....
.....
.....

DECLARO que he sido informado/a por el médico de los riesgos del TRATAMIENTO CON PLASMA RICO EN PLAQUETAS O SUERO RICO EN CITOKINAS, y sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

ESTOY SATISFECHO/A con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia, DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me realice el TRATAMIENTO CON PLASMA RICO EN PLAQUETAS O SUERO RICO EN CITOKINAS

Firma del paciente

Firma del médico

Dr. D. _____

.....

.....

Nombre del representante legal, en caso de incapacidad del paciente, con indicación del carácter con el que intervienen (padre, madre, esposo/a, tutor, etc.)

.....

Firma DNI

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO CON PLASMA RICO EN PLAQUETAS O SUERO RICO EN CITOKINAS

Revoco el consentimiento para la realización del

Firma del paciente

Fecha