



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA DONACIÓN ALTRUISTA DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL: INFORMACIÓN PARA LA DONANTE. DONACIÓN DIRIGIDA

Doña: _____ de _____ años de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en: _____ y DNI N°: _____

Don/Doña: _____ de _____ años de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en: _____ y DNI N°: _____

En calidad de _____ de Doña: _____
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO)

DECLARO

Que el DOCTOR/A _____
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEI. FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN)

- Se me ha informado que en mi caso, dado que tengo un/a hijo/a susceptible de recibir un trasplante alogénico de células progenitoras sanguíneas, la sangre del cordón umbilical de mi hijo recién nacido, si cumple las condiciones necesarias, será reservada para el eventual trasplante de mi hijo/a.
- En caso de que la sangre no pueda ser utilizada para mi hijo/a, podrá emplearse para trasplante en otros enfermos, y en caso de no ser útil para trasplante, podrá emplearse para otras alternativas terapéuticas o para investigación, siendo posible desecharla si no cumple los requisitos técnicos mínimos. En ninguno de estos supuestos recibiré compensación económica, ni de ningún otro tipo, por la donación.
- Entiendo que la información referente a mi persona a la de mi hijo/a será tratada de forma confidencial y codificada de modo que queden protegidas mi identidad y la de mi hijo/a. Informaré al Banco de Cordón si cambio de dirección o de teléfono.
- Se me ha informado que se me extraerá una muestra de sangre para la realización de los análisis exigibles (HIV-SIDA, Hepatitis By C, Sífilis, Toxoplasmosis y Citomegalovirus) el día del parto y opcionalmente 6 meses después; así como que se le realizará un examen clínico a mi hijo/a en el momento del nacimiento y opcionalmente más adelante por el pediatra. También se realizarán análisis a la sangre del cordón y se guardarán muestras mías y del cordón para posteriores análisis.
- Entiendo que cualquier resultado patológico hallado en los estudios que se me realicen a mí o a mi hijo/a con motivo de la donación de la sangre del cordón, me será necesariamente comunicado por el médico responsable. Así mismo, yo informaré al Banco de Cordón de cualquier anomalía detectada por mi médico de cabecera o pediatra sobre mi salud y la de mi hijo/a.
- Entiendo que mi consentimiento no obliga a la maternidad a recogerme la sangre del cordón umbilical si se considera que las circunstancias del parto no son idóneas.
- Entiendo que conservo la posibilidad de renunciar a este consentimiento hasta el nacimiento de mi hijo/a.
- Estoy informada de que si decido optar por un protocolo de parto no intervenido, se deberán realizar ciertas modificaciones para posibilitar la extracción de SCU (pinzamiento precoz de cordón umbilical).
- He leído y comprendido toda la presente información, estoy conforme con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En Fuenlabrada, a _____ de julio de 2011

Fdo: (la madre)

Fdo.: (facultativo informante)

.....

REVOCACIÓN

Doña: _____ de _____ años de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en: _____ y DNI N°: _____

Don/Doña: _____ de _____ años de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en: _____ y DNI N°: _____

En calidad de _____ de Doña: _____
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO)

De Doña: _____
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

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

En _____
(LUGAR Y FECHA)

Fdo.: EL/LA MÉDICO

Fdo.: LA PACIENTE