

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE
COSECHA DE MÉDULA ÓSEA PARA PACIENTE PEDIÁTRICO**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/__

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse al procedimiento propuesto.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

Los progenitores hematopoyéticos, o células madre sanguíneas, son los encargados de producir todas las células de la sangre. Una producción excesiva, o el mal funcionamiento de alguna de estas células dan lugar a diversas enfermedades (leucemias, linfomas, entre otras). El trasplante de progenitores hematopoyéticos, también denominado trasplante de médula ósea, es un procedimiento que intenta curar estas enfermedades. Existen dos tipos de trasplante, autólogo y alogénico. En el trasplante autólogo, el donante es el mismo paciente y en el trasplante alogénico, el donante es otra persona que debe cumplir con requisitos de compatibilidad. La obtención de los progenitores hematopoyéticos puede ser directamente de la médula ósea (cosecha de médula ósea) o de progenitores circulantes en la sangre (cosecha de sangre periférica o aféresis). Es por esto, la importancia de poder realizar la recolección de médula ósea para someter al paciente a trasplante.

Cinco días previos a la recolección de células madre, y de manera ambulatoria, se administra un medicamento por vía subcutánea (filgrastim o Pegfilgrastim), cuya finalidad es estimular las células que se encuentran en la médula ósea, para así obtener la cantidad necesaria para el trasplante. Este medicamento puede presentar efectos adversos como dolor muscular o de hueso que son tolerados con analgesia. En caso de no lograr un recuento adecuado de células madres y muy ocasionalmente, el médico tratante puede indicar el medicamento plerixafor la noche previa a la nueva recolección.

El procedimiento de cosecha de médula ósea, puede generar un dolor importante en los pacientes pediátricos, es por esto que se requiere de anestesia general durante el procedimiento, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella, lo que hace obligatorio que se realice en pabellón.

Este consiste en puncionar ambas espinas ilíacas posterosuperiores (parte posterior de la cintura) para luego aspirar la sangre desde la médula ósea.

La cantidad a extraer dependerá de la dosis requerida para el paciente receptor de las células y de la concentración de estas.

Generalmente el proceso se lleva a cabo sin incidentes, en donde el paciente queda con una pequeña incisión en las zonas de punción.

A pesar de la adecuada elección de tratamiento y de su correcta administración, pueden **presentarse efectos indeseables y complicaciones**, complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos, que pueden ocurrir durante o después del procedimiento:**

- Dolor
- Sangramiento (muy poco frecuente) en caso de ser significativo puede requerir de transfusión de glóbulos rojos, hierro y/o ácido fólico oral.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento. Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO (A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado**, declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre la **Cosecha de Médula Ósea para Paciente Pediátrico** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE EL COSECHA DE MÉDULA ÓSEA PARA PACIENTE PEDIÁTRICO por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO**, en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)