

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-155

Para Tratamiento con Plasma rico en Plaquetas

Rev.01

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: \_\_\_\_\_

### DEFINICIÓN

La sangre humana se compone de diferentes factores, y que, al ser separada mediante métodos físicos como centrifugación, permite la obtención de dos fracciones fundamentales: una proporción de hematíes y una proporción plasmática. Debido al pequeño tamaño molecular que presentan las plaquetas, éstas quedan suspendidas en la porción plasmática. Investigaciones de impacto han demostrado que las plaquetas poseen en su interior factores de crecimiento, proteínas que pueden acelerar los procesos de regeneración tisular. El plasma rico en plaquetas es un tratamiento utilizado en diferentes áreas de la medicina.

### OBJETIVO

El plasma rico en plaquetas (PRP) es un tratamiento autólogo (se utiliza la misma sangre del paciente), de carácter ambulatorio, seguro, rápido y sencillo, cuyo fundamento se sustenta en la aplicación suprafisiológica de plaquetas, con la utilización de los factores de crecimiento que se encuentran dentro de ellas. El objetivo de este tipo de terapia celular es favorecer, estimular o iniciar el proceso de regeneración del tejido.

### CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO CON PLASMA RICO EN PLASMA (En qué consiste)

Este procedimiento consiste en la extracción de entre 10 a 50 mL de sangre periférica del paciente, la que posteriormente es sometida a diferentes procesos de centrifugación, logrando de esta forma separarla en sus diferentes componentes hasta obtener una fracción rica en plaquetas. Según sea el caso, este producto puede ser activado para la liberación de los factores de crecimiento y/o la adquisición de una consistencia gelatinosa. La muestra extraída será manipulada únicamente por el personal involucrado en el equipo de atención clínica y de investigación.

Una vez ya finalizado el procesamiento de la muestra, el plasma rico en plaquetas autólogo se insertará directamente en la zona anatómica de interés, para lo cual se utilizará anestesia local. Este procedimiento se puede realizar mediante infiltración o injerto directo, dependiendo de las características de la patología y/o lesión.

### RIESGOS POTENCIALES DEL TRATAMIENTO CON PLASMA RICO EN PLASMA

Experiencias previas han demostrado que se trata de un método altamente seguro y eficiente. Con esta técnica se aplica plasma del propio paciente y no existe el riesgo de reacciones inmunológicas a su aplicación. La obtención y aplicación del PRP se realiza bajo estrictas condiciones de asepsia, minimizando el riesgo de contaminación y la posibilidad de infección en la zona de aplicación. Pese a lo anterior, no es posible descartar con absoluta certeza algún efecto adverso.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización por el personal involucrado, como en todo procedimiento quirúrgico, no está exenta de posibles complicaciones. Al igual que con todos los productos inyectables, entre los riesgos se incluyen infección en el punto de entrada, la presencia de hematoma o rojez en los sitios de inyección, sensaciones de calor y la tensión superficial de la piel. Estas sensaciones son transitorias debido al estallido de la estimulación y debe desaparecer en un plazo máximo de

24 a 48 horas después del tratamiento. En caso de que los síntomas persistieran más tiempo, consultar a su médico tratante. En casos muy raros y en pacientes con potencial alérgico significativa, podría ocurrir edema debido a un proceso inflamatorio más intenso que lo normal. Informe a su médico para que puedan prescribir medicamentos apropiados inmediatamente. Es posible que se realicen cuadros alérgicos causados por el contacto con alguno de los componentes de la formulación. Recuerde a su médico si usted tiene un historial de alergias a medicamentos u otras sustancias.

El uso de PRP, al igual que con todos los demás tratamientos por inyecciones subcutáneas, está contraindicado el uso de anticoagulantes de forma concomitante con la inyección.

### QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO Para Tratamiento con Plasma rico en Plaquetas

FL-CDM-155  
Rev.01

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; **sin mencionar mi identidad.**

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

### DECLARO:

Que el/la Doctor/(a) \_\_\_\_\_ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a  
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

un **Tratamiento con Plasma rico en Plaquetas.**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice un **Tratamiento con Plasma rico en Plaquetas**

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar \_\_\_\_\_

Firma Médico \_\_\_\_\_

### RECHAZO:

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

**RECHAZO** y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con un **Tratamiento con Plasma rico en Plaquetas** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar \_\_\_\_\_

Nombre Médico \_\_\_\_\_ Firma del Médico \_\_\_\_\_  
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

### REVOCACION:

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

**REVOCO**, el rechazo al consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y **AUTORIZO** a proseguir con el \_\_\_\_\_

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar \_\_\_\_\_

Nombre Médico \_\_\_\_\_ Firma del Médico \_\_\_\_\_  
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)