

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE DONACIÓN DE PIEZA ÓSEA ESPECIALIDAD DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre “ MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO ” para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La pieza ósea sobrante de la intervención a que voy a ser sometido/a puede ser suministrada al Banco de Huesos.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

La utilización posterior como injerto para otros pacientes.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

No suministrar la pieza sobrante al Banco de Huesos, siendo remitida en su totalidad al Servicio de Anatomía patológica.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

1. La utilización de la pieza antes citada para el tratamiento de otros pacientes.
 2. Es imprescindible que se me realicen determinados análisis (hepatitis, Sida, enfermedades venéreas, víricas, etc).
- Para asegurar la no transmisión de enfermedades a un posible receptor, el resultado de estos análisis se me comunicará en caso de existir alguna alteración

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

La no utilización en el tratamiento de estos pacientes de la pieza ósea sobrante.

RIESGOS FRECUENTES

No supone ningún riesgo añadido a la intervención a que va a ser sometido.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

No supone riesgo añadido a la intervención a que va a ser sometido.

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

No supone riesgo añadido a la intervención a que voy a ser sometido.

CONTRAINDICACIONES

1. La existencia de enfermedad asociada.
2. Mala calidad ósea.
3. La necesidad de utilizar la pieza ósea para tratamiento del propio paciente.
4. Otras circunstancias que lo desaconsejen.

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA