

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO CON USO DE CELULAS MADRES

FL-CDM-150

Rev. 00

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad , Rut _____

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en Calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: _____

DEFINICIÓN

Las células madre se definen a través de dos de sus propiedades. La primera es que son capaces de auto-renovarse, es decir que pueden dividirse y generar más células madre del mismo tipo. La segunda, es que pueden madurar o diferenciarse en células especializadas capaces de llevar a cabo funciones específicas, como la piel, el músculo o la sangre.

Hay muchos tipos diferentes de células madre. Estas incluyen las células madre embrionarias que existen solo en los primeros estadios del desarrollo y varios tipos de células madre “tejido específicos” (también denominadas células madre adultas o somáticas) que se encuentran en distintos tejidos del cuerpo humano.

OBJETIVO

Una terapia con células madre es un tratamiento que usa células madre o células que derivan de células madre, para reemplazar o reparar células dañadas de pacientes.

Las células de nuestro cuerpo se encuentran en un continuo proceso de renovación, la cual incluye la sustitución de células lo que genera una correcta mantención y funcionamiento de los tejidos. Este proceso de renovación se realiza a partir de células madre que son capaces de diferenciarse en distintos tipos celulares según las necesidades del tejido dañado. Las células madre podrían ser puestas en la sangre, trasplantadas directamente en el tejido dañado, o reclutadas de los tejidos del propio paciente para su auto-reparación.

EN QUE CONSISTE EL TRATAMIENTO CON USO DE CELULAS MADRES

En este procedimiento, se tomará una muestra de médula ósea de cresta iliaca previa a la intervención quirúrgica. Estas muestras serán manejadas únicamente por personal involucrado en el equipo de atención clínica y de investigación.

El procedimiento consiste en realizar una punción-aspiración sobre la cresta iliaca (hueso plano de la cadera) con un trocar fino (aguja fina de aspiración /punción medular), mediante el cual se extraerán entre 60 a 120ml de sangre, además de 10 cc de sangre periférica.

RIESGOS DEL TRATAMIENTO CON USO DE CELULAS MADRES


A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización no está exenta de posibles complicaciones. Dentro de los riesgos se incluyen: Infección del punto de entrada, hematoma pasajero, entre otras.

RIESGOS PERSONALIZADOS

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo 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 y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

FORMULARIO PARA REGISTRO

| | | |
|--|--|------------|
|  <p>HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p> | CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO CON USO DE CELULAS MADRES | FL-CDM-150 |
| | | Rev. 00 |

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.

Además, acepto compartir mis datos escritos, fotos y/o videos con fines investigativos y bajo las normas éticas pendientes. Entendiendo que toda la información será manejada de manera estrictamente confidencial para proteger mi identidad y que no recibiré ninguna compensación económica ni de ningún otro tipo.

No autorizo lo anterior

Y en tales condición

DECLARO:

Que el/la Doctor/(a) _____ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a un **TRATAMIENTO CON USO DE CELULAS MADRES**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice un **TRATAMIENTO CON USO DE CELULAS MADRES**

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia al **TRATAMIENTO CON USO DE CELULAS MADRES** 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 y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

REVOCAACION

Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

En calidad de _____ de _____
(Representante Legal o Familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y **AUTORIZO** a proseguir con el tratamiento

En el Hospital Clínico de Viña del Mar, a _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____