

# Consentimiento informado Plasma Rico en Plaquetas

Ley 26529 – Ley 26742 – Dec. 1089/12 – Arts. 26, 59 y cc del Código Civil y Comercial de la Nación



Buenos Aires, a los ..... días del mes de ..... de 202.....

Nombre y apellido: .....

DNI: ..... Fecha de nacimiento: ...../...../.....

El Consentimiento Informado es la potestad que todo paciente tiene de aceptar libremente y sin presiones, que se practiquen en su cuerpo, por necesidad diagnóstica o terapéutica, algún procedimiento clínico, laboratorio, imagenológico o instrumental. El/los mismo(s) que se realizará(n) con la previa explicación detallada de la persona que realizará el procedimiento, para que el paciente conozca y comprenda cómo será realizado el/los procedimiento(s) y cuáles son sus beneficios, riesgos o complicaciones, y para que pueda obtener respuestas a sus preguntas.

Este documento es puesto en conocimiento del Paciente, Familiar o Representante Acreditado del paciente con anterioridad a la(s) intervención(es) quirúrgica(s) y/o procedimientos médicos necesario(s) que se le vayan a realizar en el Sanatorio Las Lomas quien(es) enterado(s) de su contenido, libre y voluntariamente lo suscribe(n). Para que lo mencionado pueda cumplirse Ud. Debe efectuar todas las preguntas que crea necesarias.

*No firme sin antes recibir las respuestas necesarias*

## EXPRESIÓN: Consentimiento informado Plasma Rico en Plaquetas Complementario al Consentimiento informado correspondiente al procedimiento quirúrgico primario

### I. DECISIÓN DE INFORMACIÓN

Estoy enterado que tengo el derecho de ser informado sobre mi atención, los métodos diagnósticos y terapéuticos que se me realizarán, así como también se me ha sido informado que:

1. Puedo **NO DESEAR** recibir esta información, en cuyo caso el formulario queda en blanco y se suscribe en el lugar que se destina al pie **NO DESEO SER INFORMADO**  
(Tildar aquí sí el paciente no desea ser informado):

2. O puedo autorizar a: .....,  
número de DNI ..... a **RECIBIR INFORMACIÓN** y a **DECIDIR** sobre el  
tratamiento al que seré sometido.

Además, he sido informado que este consentimiento **PODRÁ SER REVOCADO** en cualquier momento anterior a la realización del procedimiento, en cuyo caso se suscribe en el lugar que se destina al pie.

### II. PROCEDIMIENTO

El Plasma Rico en Plaquetas es una fracción de una muestra de sangre propia de la paciente centrifugada. Esa fracción o parte del centrifugado es un concentrado de distintas sustancias, entre ellas algunas con efecto reparador y antiinflamatorio.

Esa fracción será aplicada (a modo de infiltración) en el sitio del cuerpo a tratar: (colocar sitio anatómico)

.....  
.....

En el contexto del siguiente procedimiento quirúrgico (completar tipo de procedimiento quirúrgico):

.....  
.....

Código del documento: SLL-QUI-FOR-208-001

Fecha de próxima revisión: 8/3/2027

Que este documento este impreso constituye una **copia no controlada** la versión vigente se encuentra disponible en Intranet del Sanatorio Las Lomas.



# Consentimiento informado Plasma Rico en Plaquetas

Ley 26529 – Ley 26742 – Dec. 1089/12 – Arts. 26, 59 y cc del Código Civil y Comercial de la Nación



Para la preparación del Plasma Rico en Plaquetas, personal especializado realiza una extracción sanguínea de una vena periférica. La sangre se coloca en un tubo cerrado al vacío para ser centrifugada produciéndose la separación de sus componentes: glóbulos rojos, glóbulos blancos y el plasma con las plaquetas. Esta última fracción de plasma es la que será inyectada en el sitio a tratar.

Personal especializado realiza la extracción de diferentes fracciones de plasma con plaquetas, diferenciada mediante la centrifugación, previo a ser infiltrado en las zonas a tratar.

En su caso, va a ser una INFILTRACIÓN de Plasma Rico en Plaquetas para cuya aplicación se requerirá una extracción sanguínea de entre 20 y 40 mL de sangre, los cuales serán utilizados en su totalidad para SU aplicación en este procedimiento. Los remanentes NO se reservan ni se guardan.

Por medio del presente documento, manifiesto entender que:

1. Según una vasta serie de publicaciones este procedimiento favorece la regeneración tisular. Las plaquetas poseen en su interior factores de Crecimiento, proteínas que pueden acelerar los procesos de curación de los tejidos.

Al entrar en contacto con los tejidos en el sitio de aplicación las plaquetas se activan y liberan estos Factores de Crecimiento.

Aunque no se puede descartar absolutamente algún efecto adverso, experiencias previas han demostrado que se trata de un método seguro.

Con esta técnica se aplica plasma del propio paciente y no existe, por tanto, posibilidad de reacciones autólogas a su aplicación.

La obtención y aplicación de Plasma Rico en Plaquetas se realiza bajo estrictas condiciones de asepsia, minimizando el riesgo de contaminación y la posibilidad de infección en la zona de aplicación.

2. EL Plasma Rico en Plaquetas tiene ciertos riesgos asociados a la misma, entre los que se encuentran: a) Infección superficial o profunda en la zona de aplicación del Plasma Rico en Plaquetas; b) Riesgos menores relacionados con la extracción sanguínea (en la venopunción, en la manipulación de la sangre extraída, etc.); c) Riesgos relacionados con la infiltración del Plasma Rico en Plaquetas (lesión de estructuras adyacentes al punto de inyección), hematomas que se reabsorberán en lapso aproximado de 10 días; d) Además de los mencionados, pueden existir efectos aún no descritos de la aplicación del Plasma Rico en Plaquetas
3. He recibido información acerca de que existe una alternativa que es no recibir plasma rico en plaquetas como complemento del procedimiento quirúrgico a realizar.
4. He sido informado que debo ser excluido del procedimiento bajo las siguientes circunstancias: a) Recuento de Plaquetas menores a 150.000/ $\mu$ l; b) Valor de Hb menor a 10 g/dl; c) Red venosa que complique la extracción; d) Enfermedad sistémica activa (enfermedad cardiovascular grave, diabetes mellitus, artritis reumatoide, trastornos hematológicos y tumores malignos); e) Enfermedades que afecten la función plaquetaria; f) Terapia antiagregante (se deben evitar los medicamentos antiinflamatorios no esteroides 2 semanas antes de la primera inyección de Plasma Rico en Plaquetas y hasta 2 semanas después); g) Aplicación de esteroides o ácido hialurónico en los últimos 6 meses antes de la sesión de Plasma Rico en Plaquetas. h) Enfermedad infecciosa activa; i) Pacientes bajo inmunosupresión; j) Terapia anticoagulante; k) Pacientes con cáncer o en vigilancia, especialmente de origen hematopoyético u óseo.
5. Pudiendo ser causas de exclusión también: a) Osteoartritis secundaria; b) Osteoartritis sintomática de otra articulación; c) Edad mayor de 65 años; d) Índice de masa corporal superior a 35 kg/m<sup>2</sup>.
6. Comprendo que la sangre utilizada para este procedimiento sólo se usará para ello debiendo descartar los sobrantes si hubiese.



# Consentimiento informado Plasma Rico en Plaquetas

Ley 26529 – Ley 26742 – Dec. 1089/12 – Arts. 26, 59 y cc del Código Civil y Comercial de la Nación



7. El presente consentimiento no permite al Sanatorio Las Lomas realizar transfusiones de hemoderivados, administrar drogas quimioterápicas, sustancias de contraste y/o radioactivas. Para todas estas situaciones se deberá firmar un consentimiento específico. Si se ha realizado reserva de sangre previa a este procedimiento el Sanatorio podrá realizar las transfusiones necesarias durante la cirugía.
8. Aspectos complementarios (solo si corresponde)

-----  
-----  
-----

## FIRME AQUÍ EN EL CASO DE ACEPTAR REALIZAR EL PROCEDIMIENTO

Firma del paciente (\*):

Aclaración:

DNI:

Firma del representante legal (\*):

Aclaración:

Vínculo:

DNI:

Firma del profesional tratante:

Aclaración:

Matrícula:

Firma del profesional de Anestesiología:

Aclaración:

Matrícula:

*(\*) En caso de que el paciente sea menor de 16 años o se encuentre en estado de gravedad con impedimento físico, mental y/o psíquico para otorgar por sí mismo el Consentimiento Informado, será el Representante Acreditado quien lo otorgue. Debe ser un familiar de primer grado, o persona que porte un Poder específico otorgado por el Paciente.*



# Consentimiento informado Plasma Rico en Plaquetas

Ley 26529 – Ley 26742 – Dec. 1089/12 – Arts. 26, 59 y cc del Código Civil y Comercial de la Nación



## Revocación (anulación) del Consentimiento informado Plasma Rico en Plaquetas

Buenos Aires, a los .....días del mes de .....de 202.....

Teniendo en cuenta que:

- 1) Con anterioridad a esta fecha he firmado un Consentimiento informado Plasma Rico en Plaquetas,
- 2) Se me ha explicado que, debido a mi diagnóstico arriba indicado, no es conveniente dicha revocación, ya que comprende riesgos para mi salud.

No obstante, **DECIDO** en forma libre e informada: **REVOCAR** a partir de esta fecha el Consentimiento Informado otorgado arriba, asumiendo responsabilidad y deslindando a la institución, médicos y profesionales tratantes.

### SOLO FIRME AQUÍ SI DESEA REVOCAR (ANULAR) EL CONSENTIMIENTO YA FIRMADO

Firma del paciente (\*):

Aclaración:

DNI:

Firma del representante legal (\*):

Aclaración:

Vínculo:

DNI:

Firma de profesional tratante:

Aclaración:

Matrícula:

(\* En caso de que el paciente sea menor de 16 años o se encuentre en estado de gravedad con impedimento físico, mental y/o psíquico para otorgar por sí mismo el Consentimiento Informado, será el Representante Acreditado quien lo otorgue. Debe ser un familiar de primer grado, o persona que porte un Poder específico otorgado por el Paciente.

