

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS

Ciudad y fecha:/...../20.....

Yo.....luego de haberseme explicado en términos claros y sencillos los objetivos, alcances y características del tratamiento propuesto, autorizo al Dr./Dra.....y a su equipo, a realizar el procedimiento conocido como **Infusión de Plasma Rico en Plaquetas (en adelante PRP)**.

- 1- Se me ha explicado y he comprendido que el tratamiento mencionado tiene por objetivo mejorar el aspecto de mi piel la que ha perdido tonicidad producto del paso del tiempo y otros factores contribuyentes como es el caso del foto envejecimiento. Los beneficios esperados consistirán en mejorar la elasticidad de la piel con disminución de las líneas finas de expresión y en el tono de la misma. El PRP también permite el relleno de las arrugas más profundas, como los surcos naso labiales. Fui informado/a que los resultados comienzan a hacerse evidentes luego de las primeras semanas posteriores a la primera aplicación.
- 2- He sido informado/a que esta técnica consiste en tomar una muestra de mi sangre, la cual mediante un proceso de centrifugación separarán sus componentes para aislar y concentrar las plaquetas en una fracción de plasma. Este plasma, rico en plaquetas (PRP) se activa mediante la adición de gluconato de calcio antes de ser reinyectado. Una vez obtenido el PRP su aplicación se efectúa mediante la inyección local, sub dérmica o intradérmica e las zonas a tratar. En la piel, las plaquetas liberan factores de crecimiento en una concentración ligeramente más alta que la concentración normal, para estimular la proliferación celular de fibroblastos y la síntesis de matriz extracelular, la que contiene proteínas, tales como colágeno y elastina favoreciendo a las propiedades elásticas de la piel. Se me ha explicado que pueden requerirse de más de una aplicación de este tratamiento, siendo esto definido por el profesional actuante de acuerdo al tipo de piel, y las áreas tratadas
- 3- Se me ha explicado y he comprendido que existen otras alternativas al procedimiento propuesto, siendo que para mi caso particular se considera este tratamiento el de elección.
- 4- Asimismo, se me ha dado la oportunidad de efectuar todas aquellas preguntas que consideré pertinentes al respecto, las cuales me han sido respondidas en forma satisfactoria.
- 5- Se me ha expuesto que puedo presentar distintas complicaciones o eventos adversos, los cuales son los propios de todo procedimiento invasivo, así como aquellos relacionados con el estado vital del paciente. A modo ejemplificativo me fueron mencionadas alguna de las complicaciones que podría presentar: presencia de hematoma o enrojecimiento en los sitios de inyección, sensación de calor y tensión superficial de la piel, edema debido a un proceso inflamatorio local, etc. También me fue informado que el uso de plasma rico en plaquetas está estrictamente contraindicado en pacientes con cáncer cérvico-faciales en la ausencia de control de la remisión total, en lesiones de la piel que pueden ser causadas por proceso de proliferación celular anormal y también con el uso conjunto de tratamiento anticoagulante.

- 6- Fui informado/a que durante el procedimiento pueden surgir imprevistos que obliguen a tener que modificar la forma de llevar a cabo el mismo o bien utilizar variantes a este no contempladas inicialmente.
- 7- Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta, y reconozco que a pesar que el médico me ha informado adecuadamente del resultado deseado del tratamiento, no se me ha garantizado el éxito ni la obtención del mismo.
- 8- Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución del procedimiento realizado cumpliendo fielmente los controles y cuidados que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizado el mismo, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al profesional sobre cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.
- 9- Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales.
Manifiesto ser alérgico a:
- 10- Autorizo al profesional interviniente a efectuar la documentación del procedimiento por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, siempre que se haga absoluta reserva de mi identidad.
- 11- . He leído y entendido acabadamente el presente consentimiento, por lo que autorizo la realización del procedimiento indicado.

Firma del Paciente:

Documento:

Aclaración:

Firma del Médico.....

Aclaración/Sello.....