



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO DE PLASMAFÉRESIS EN DONANTES CONVALECIENTES DE COVID-19

(DS.N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842 .RD N°/20..../INSNSB)

PROCEDIMIENTO DE PLASMAFÉRESIS EN DONANTES CONVALECIENTES DE COVID-19

Servicio: Hemoterapia y Banco de Sangre

Sub Unidad de Soporte al Diagnóstico

El procedimiento de Plasmaféresis en Donantes Convalcientes de COVID-19 se realizará en personas convalcientes a la enfermedad por COVID-19 que cumplan los requisitos establecidos en la guía de procedimiento respectiva, aceptando y firmando previamente el presente consentimiento informado.

Descripción del Procedimiento

El COVID-19, también conocida como enfermedad por coronavirus, es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2.

Plasmaféresis, es el método mediante el cual se extrae sangre del cuerpo y se procesa de forma que los glóbulos blancos, glóbulos rojos y plaquetas se separen del plasma. Las células de la sangre se devuelven luego al paciente sin el plasma, el cual el organismo sustituye rápidamente.

El procedimiento se enfoca en la colecta plasma de pacientes convalcientes mediante la metodología de aféresis, proceso que será dirigido a individuos recuperados de COVID-19, los cuales serán seleccionados mediante métodos laboratoriales que comprueben la superación de la infección.

El procedimiento de Plasmaféresis en Donantes Convalcientes de COVID-19, tiene como objetivo brindar una opción de tratamiento experimental compasivo para resolución del cuadro COVID-19 en pacientes hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos.

Objetivos del Procedimiento

- Obtener la mayor cantidad de plasma del donante convalciente con la presencia de anticuerpos de COVID-19 para poder darle a pacientes que estén cursando actualmente con dicha enfermedad.
- Brindar una opción de tratamiento experimental compasivo para resolución del cuadro COVID-19 en pacientes hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos.
- Obtener una dosis terapéutica de plasma para un paciente a partir de un donador.

Beneficios Esperados

No aplica.

Riesgos o Complicaciones Frecuentes

Debido al tiempo de duración y la complejidad del procedimiento, estas pueden ser:

- La venopunción: Dolor, Hematomas, etc.
- Molestias causadas por anticoagulante: parestesia de labios.

Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes

- Espasmos musculares debido a anticoagulación.
- Lipotimia por excesivo tiempo de ayunas.



Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento

No aplica

Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo

No Aplica

Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente:

Algunos riesgos que podrían aparecer dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son:

- Pacientes con alergia a la Heparina.
- Los pacientes con hipocalcemia corren riesgo de empeorar su cuadro ya que el citrato se usa comúnmente para prevenir la coagulación y podría potenciar la hipocalcemia.
- Pacientes que toman inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina deben de suspender su uso durante al menos 24 horas antes del procedimiento.

Pronóstico: No Aplica

Recomendaciones/Observaciones:

- Portar documento de identidad.
- No haber donado en las últimas 4 semanas.
- No estar en ayunas.
- No padecer ni haber padecido enfermedades transmisibles por vía sanguínea.
- No haber trasnochado.
- No presentar signos ni síntomas de deshidratación.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

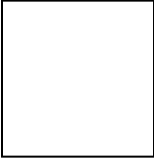
Yo _____, identificado (a) con DNI (), C.E. (), Pasaporte () N° _____, con _____ de edad, paciente convaleciente de COVID-19.

Declaro:

Que el Médico _____ con CMP N° _____, y RNE N° _____, me ha brindado la información y explicación necesaria sobre el **Procedimiento de Plasmaféresis en Donantes Convalecientes de COVID-19**. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.


Por lo tanto, con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

Doy mi Consentimiento para la realización del Procedimiento de Plasmaféresis en Donantes Convalecientes de COVID-19

_____		San Borja, de del 20.....
Firma del paciente:	Huella Digital	Firma del Médico Responsable
Nombre y Apellidos _____		CMP N° _____
DNI N° _____		RNE N° _____

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo _____, identificado (a) con DNI (), C.E. (), Pasaporte () N° _____, con _____ de edad, de forma libre y consciente he decidido **Revocar el Consentimiento** firmado en fecha _____ para la realización del **Procedimiento de Plasmaféresis en Donantes Convalecientes de COVID-19**, y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse.

_____		San Borja, de del 20.....
Firma del paciente		Firma del Médico Responsable
Nombre y Apellidos _____	Huella Digital	CMP N° _____
DNI N° _____		RNE N° _____