



**Dr Raúl Plaza García**

www.drplaza.net  
drplaza@drplaza.net



DATOS IDENTIFICATIVOS- ETIQUETA

**C.Ortopédica y Traumatología, Col. nº 37.777**

Máster en Traumatología del Deporte  
Máster en Peritaje y Valoración del Daño Corporal

CLINICA CREUBLANCA  
Reina Elisenda / Avda Foix,71  
Av. Josep Tarradellas 104-106  
TLF- 932 522 522

CLINICA CORACHAN  
Unitat Acc.Trànsit  
C/ BUIGAS 19, Ed.Principal, Pl.0  
TLF: 935 510 247

**Consentimiento informado del receptor de tejido Osteotendinoso**

(Según Recomendación de la Comisión Asesora de obtención y transplante de tejido osteotendinoso, DOG, Núm 3040 de 22/12/99)

1. Próximamente está prevista una intervención quirúrgica durante la cual es posible que se tenga que utilizar tejido osteotendinoso de origen humano. La utilización de tejido osteotendinoso facilitará mucho la realización de la intervención
2. Para evitar posibles complicaciones, todo donante de tejido osteotendinoso, es analizado exhaustivamente, de acuerdo con los conocimientos científicos actuales, para comprobar la ausencia de posibles enfermedades de transmisión, como la Hepatitis B, la Hepatitis C y del Virus de la Inmuno Deficiencia Humana (que desarrolla el SIDA).
3. Para beneficiarse de la implantación de tejido osteotendinoso, ha de tener en cuenta que la legislación actual obliga a realizar análisis de sangre para la determinación del virus que desarrolla el SIDA. *(Heralgia). Se realizará el análisis, previamente a la intervención.*
4. Aunque en la mayoría de los casos la aplicación de este injerto es absolutamente inocua, en algunos casos excepcionales se pueden producir las siguientes complicaciones relacionadas con el implante:
  - Reabsorción (no integración del implante)
  - Infección del implante
  - Fatiga mecánica de la zona;
  - Posibilidad de transmisión de enfermedades del donante.
  - Complicaciones específicas debidas a la idiosincrasia del receptor.
5. Si desea recibir más información al respecto, no dude en pedirla
6. Rogamos firmar la presente hoja, en señal de consentimiento para la recepción del injerto y para la realización de las analíticas necesarias.

La información, me ha sido dada de manera comprensible y mis preguntas han sido contestadas, por lo que, tomo libremente la decisión de autorizar dicho procedimiento, con la condición de que en cualquier momento podré rechazarlo si es mi voluntad.

En Barcelona, a.....de.....de 200...

Firma del paciente o de su representante legal

Sr./Sra.: \_\_\_\_\_  
DNI: \_\_\_\_\_

*Dr R. Plaza, Col 37-37777*  
Firma del Médico responsable de la intervención/medico que da la información

Nº de colegiado \_\_\_\_\_  
*Dr. R. Plaza García*  
Nº Col. 37.777  
Cirugía Ortopédica y Traumatología