



## BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO

### PLAKETEN HAZKUNTZA-ERAGILE UGARIKO PLASMA APLIKATZEA (PRGF)

#### APLICACIÓN DE PLASMA RICO EN FACTORES DE CRECIMIENTO PLAQUETARIOS (P.R.G.F.)

##### A. IDENTIFIKAZIOA:

###### MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

##### B. AZALPENA:

Teknika honen oinarria da **PLAKETEN HAZKUNTZA-ERAGILE UGARIKO PLASMA (PRGF) aplikatzea toki zehatzean, edo artikulazio-arteko infiltrazio bidez.**

Prozedurarako prestatzeko, interbentzioa egin baino lehen odola ateratzen da, zirkuitu itxian.

Odola zentrifugatu egiten da, eta, horrela, haren osagaiak bereizi egiten dira: **globulu gorriak, globulu zuriak eta plasma, plaketekin.**

Langile espezializatuen eskutik, plaketadun plasmaren zenbait frakzio ateratzen da, ebakuntza-gelaren ingurunean.

Plaketadun plasma hori kaltzio-kloruroz aktibatzen da (%10 jarrita); eta zirujauak lesioaren tokian aplikatzen dute, leku zehatzean, edo artikulazio-artean infiltratuta.

Interbentzio hau egiteko, paziente guztiek egin behar dituzte serologia hauek: **B eta C hepatitis-birusak eta Giza Immunoeskasia Birusa eta sífilis. (BOE RD1088/2005).**

##### Aplikazioa:

- Zure kasuan, interbentzio hau egingo da: \_\_\_\_\_; **PRGF aplikatzeko, odol kantitate hauxe atera beharko da: \_\_\_\_\_ cc (inguru).**
- Lortutako **PRGF dagokion tokian aplikatuko da, eta kantitatea pareko interbentzioetan normalean aplikatzen dena izango da.**

##### A. IDENTIFICACIÓN:

###### NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

##### B. DEFINICIÓN:

Consiste en la aplicación de **PLASMA RICO EN FACTORES DE CRECIMIENTO (P.R.G.F.)** localmente o mediante infiltración intrarticular.

Para su preparación se realiza, previamente a la intervención, una extracción sanguínea en circuito cerrado.

La sangre se centrifuga produciéndose la separación de sus componentes: **glóbulos rojos, glóbulos blancos y el plasma con las plaquetas.**

Personal especializado realiza, en el recinto de quirófanos, la extracción de diferentes fracciones de plasma con plaquetas, diferenciada mediante la centrifugación.

Esta fracción de plasma con plaquetas, que es una parte de la sangre del paciente, es activada con Cloruro Cálcico al 10%, y es aplicada por los cirujanos localmente o mediante infiltración intrarticular en el lugar lesionado.

Todo paciente a intervenir debe realizarse serologías de Virus de hepatitis B, virus de hepatitis C, virus de inmunodeficiencia humana y sífilis. (BOE RD1088/2005).

##### Aplicación:

- En su caso, va a ser intervenido de \_\_\_\_\_, para cuya aplicación de P.R.G.F., se requerirá una extracción sanguínea de aproximadamente \_\_\_\_\_ cc. de sangre.
- El P.R.G.F., obtenido será aplicado en la zona correspondiente y en la cantidad habitualmente utilizada en intervenciones como la suya.



## PRGF-ren eragina:

- **Plaketek hazkunde-eragileak dauzkate barruan (ehunak sendatzeko prozesua azkartu dezaketen proteinak). Plaketak kaltzio-kloruroaren bidez aktibatzean, hazkunde-eragile horiek askatzen dituzte, PRGF aplikatu den ehunetan.**
- **Ezin da guztiz baztertu aurkako ondorioak eragingo ez duenik, baina orain arteko esperientziak erakutsi dute metodoa segurua dela. Teknika honetan, pazientearen beraren plasma aplikatzen denez, ezin da erreakzio immunologikorik gertatu.**
- **Asepsia-baldintza zorrotzak bete behar dira PRGF lortzeko eta aplikatzeko; izan ere, minimizatu egiten da kutsatzeko arriskua nahiz aplikazio-eremua infektatzeko aukera.**

## C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

- **PRGF-ren aplikazio-eremuko infekzioa, azalekoa edo sakonenekoa.**
- **Odola ateratzeari lotutako arriskuak (zaina ziztatzean, ateratako odola manipulatzeko, etab.).**
- **PRGF infiltratzeari lotutako arriskuak (injekzio-gunearen alboko egiturak lesionatzea).**
- **Aipatutako horietaz gain, baliteke PRGF aplikatzeak ondorio gehiago izatea, oraindik ere ezezagunak.**

## D. ZURE EGOERA PERTSONALA DELA-ETA, HONAKO ARRISKUAK ERE BADAUDE:

<~~ ~>

## E. BESTELAKO AUKERAK:

<~~ ~>

## Efectos del P.R.G.F.:

- Las plaquetas poseen en su interior Factores de Crecimiento, proteínas que pueden acelerar los procesos de curación de los tejidos. Al activar las plaquetas con el Cloruro Cálcico, liberan estos Factores de Crecimiento en el tejido donde se ha aplicado el P.R.G.F.
- No se puede descartar absolutamente algún efecto adverso, pero experiencias previas han demostrado que es un método seguro. En esta técnica se aplica plasma del propio paciente, por lo que no existe posibilidad de reacciones inmunológicas n.
- La obtención y aplicación de P.R.G.F., se realiza bajo estrictas condiciones de asepsia, minimizando el riesgo de contaminación y la posibilidad de infección en la zona de aplicación.

## C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- Infección superficial o profunda en la zona de aplicación del P.R.G.F.
- Riesgos relacionados con la extracción sanguínea (en la venopunción, en la manipulación de la sangre extraída, etc)
- Riesgos relacionados con la infiltración de P.R.G.F., (lesión de estructuras adyacentes al punto de inyección)
- Además de los mencionados pueden existir efectos aún no descritos de la aplicación del P.R.G.F.

## D. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECIFICAS:

<~~ ~>

## E. ALTERNATIVAS:

<~~ ~>



<-->

**Datuak babesteari buruzko oinarritzko informazioa:** *Interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza – Euskal osasun-zerbitzuak tratatuko dituela. HISTORIA KLINIKOA tratamenduaren xedea da pazientearen historia klinikoren datuak izatea, horren jarraipena egiteko eta laguntza-jarduera kudeatzeko, legezko betebeharrak betetzeko. Posible da datuak honako hauei jakinaraztea: Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, GSIN, agintari judizialak eta aseguru-etxeak. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak eta Osakidetza langile sanitarioek eman dituzte. Interesdunak eskubidea du datuetara sartzeko eta horiek zuzendu edo ezabatzeko, eta tratamendua mugatzeko edo horri uko egiteko. Datuen babesari buruzko informazio gehiago duzu webgune honetan:*

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/babesdatuak>

*Información básica sobre protección de datos: Se informa a la persona interesada de que sus datos personales serán tratados por Osakidetza – Servicio vasco de salud. La finalidad del tratamiento HISTORIAL CLINICO es la de disponer de los datos de la Historia Clínica del paciente para el seguimiento del mismo y la gestión de la actividad asistencia, conforme al cumplimiento de una obligación legal. Pueden realizarse comunicaciones de datos al Departamento de Salud del Gobierno Vasco, al INSS, a autoridades judiciales y entidades aseguradoras. Los datos proceden de la propia persona interesada, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y de personal sanitario de Osakidetza. La persona interesada tiene derecho de acceso, rectificación, supresión de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento. Podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección web:*

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>

DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT, ONGI IRAKURRI ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ULERTU EGIN DUT ZER EGIN BEHAR DIDATEN, ZER EMAITZA ESPERO DAITEZKEEN ETA ZER ARRISKU ERAGIN DAITEKEEN HORRETATIK.

FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.

-->

**Pazientea/k / El Paciente/s**

**Pazientearen izen-abizenak eta NAN**

Nombre, apellidos y DNI del paciente

<--> <<NOMBREPACIENTE>> <<APELLIDO1PACIENTE>> <<APELLIDO2PACIENTE>> <<DNIPACIENTE>>

**Sinadura/k eta data**

Firma/s y fecha



**Medikua/k / El/La Médico/s**

**Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**

Nombre, apellidos y número de colegiado

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

**Sinadura eta data**

Firma y fecha

**Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad**

**Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna**

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

**Sinadura eta data**

Firma y fecha

**Pazientearen edo legezko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal**

**Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.**

Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento

**Sinadura eta data**

Firma y fecha