



**Expertos en preservación de células madre**

Hospital: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Esta información pretende que Ud. pueda tomar una decisión adecuada sobre su intención de realizar extracción de la sangre y/o recogida del tejido del cordón umbilical de su bebé, y este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento previo a la extracción y/o toma de muestra.

Para ello será necesario que envíe copia certificada del consentimiento firmado en este apartado.

REVOCACIÓN \_\_\_\_\_

Firma y D.N.I. de la paciente

## INFORMACIÓN GENERAL

- \* La recogida de la sangre y/o del tejido del cordón umbilical consiste en la recolección de estas muestras en un equipo específico que le ha sido facilitado al contratar nuestros servicios.
- \* La extracción de esta sangre y/o recogida de este tejido del cordón umbilical tiene como objeto la intención de preservación de las células madre que contienen en un depósito privado externo, y sin ninguna relación con este Centro Sanitario.
- \* La extracción de la sangre se lleva a cabo realizando una o varias punciones en el cordón umbilical hasta conseguir la cantidad máxima posible al fin expresado.
- \* La recogida del tejido del cordón umbilical requiere que el cordón sea cortado por personal sanitario con la mayor longitud posible.
- \* La cantidad de sangre y longitud del cordón umbilical recogidos pueden verse afectados por factores exógenos, por ejemplo: el propio volumen de la sangre contenida en el cordón umbilical, la propia longitud y calidad del cordón umbilical, las exigencias y/o necesidades del servicio de salud, etc.
- \* Debido al método de extracción, esta es absolutamente indolora tanto para la madre como para el bebé.

## RIESGOS

No existen riesgos conocidos para la vida de la madre ni del bebé, ya que la extracción de sangre y/o recogida de tejido del cordón umbilical se realizan siempre una vez que el bebé ya ha sido separado del cordón umbilical.

Es posible que, por necesidades en el momento de la extracción, no se pueda realizar una recogida de un volumen de sangre y/o una longitud de cordón umbilical suficientes para cubrir las necesidades mínimas que indica el equipo de recogida y el Laboratorio de criopreservación. Inclusive, podría darse el caso que por este mismo motivo, y haciendo prevalecer siempre la salud de la madre y del bebé, pueda no realizarse la obtención prevista de muestras.

También existe un riesgo de que la sangre y/o el tejido del cordón umbilical presente/n una infección bacteriana a su llegada al Laboratorio. Esta infección, aunque es poco probable, puede producirse y suele ser debida, con cierta frecuencia, a las condiciones del medio hospitalario donde se recogen las muestras y al proceso mismo del parto.

## AUTORIZACIÓN INFORMADA:

Dña. \_\_\_\_\_, y, en su caso, como representante legal de la precitada, D./ Dña. \_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades jurídicas y de obrar, que declaro suficientes a estos efectos, y después de haber sido debidamente informada/o: AUTORIZO al personal médico-sanitario que me asista durante el parto, y/ o al que sea designado por Babycells Spain, y/o por el Centro de maternidad, para que realice la extracción de la sangre y/o recogida del tejido del cordón umbilical de mi bebé, sobre los presupuestos antes expresados.

Y, DECLARO que he comprendido suficientemente la información que se me ha proporcionado y que - en su caso - todas mis posibles dudas han sido aclaradas previamente a mi entera satisfacción. Por ello doy mi CONSENTIMIENTO para que se realice dicho procedimiento de obtención de materia, eximiendo de este modo y renunciando a todo derecho de reclamación contra los intervinientes en el proceso, ya sea el mencionado profesional, el centro sanitario y/o Babycells Spain S.L., de los riesgos informados en el presente documento.

Y, para que así conste, firmo el presente original por triplicado, cuya copia se me proporciona.

\_\_\_\_\_  
Firma y D.N.I. de la paciente

\_\_\_\_\_  
Firma y D.N.I. del representante legal