

# PLASMA RICO EN PLAQUETAS

## 1.- Que é?

O plasma rico en plaquetas é un produto sanguíneo que se pode obter a partir do seu propio sangue á que se lle somete a unha técnica que consegue unha alta concentración de plaquetas no preparado sanguíneo.

Este procedemento consiste na aplicación do plasma rico en plaquetas, mediante inxección ao redor do tendón (técnica de infiltración peritendinosa), ou de partes brandas ou dentro da articulación (intrarticular).

## 2.- Para que serve?

Co plasma rico en plaquetas preténdese a rexeneración tisular (recuperación do tecido tendinoso) e lograr un alivio sintomático.

## 3.- Como se realiza?

Para a súa preparación efectúase unha extracción sanguínea, se centrifuga o sangue producíndose a separación dos seus compoñentes e obtense o plasma rico en plaquetas.

A obtención e aplicación desta fracción realízase baixo estritas condicións de asepsia. Esta mostra é activada con cloruro cálcico e é aplicada polo médico mediante infiltración (inxeccións).

Poden realizarse varias infiltracións cunha periodicidade de 1-2 semanas a criterio do seu médico segundo a patoloxía para tratar.

## 4.- Cales son os riscos?

- Pel avermellada ou dor no lugar da punción. Adoita ceder en poucas horas con tratamento sintomático.
- Síncope vasovagal: mareo asociado a sensación de calor, suor e desmaio. Debe avisar se nota estes síntomas. Non é grave e cede espontaneamente e con atropina.
- Infección na zona de aplicación.

## 5.- Cales son as alternativas?

Analxésico vía oral, infiltración de anestésico ou corticoide.

*Se vostede ou algunha persoa autorizada desexa maior información, non dubide en consultar ao seu médico/a responsable ou a calquera do persoal médico do Servizo que o atende.*

### **RISCOS PERSONALIZADOS**

.....  
.....

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Lei 3/2001, Título II (D.O.G. 8/6/01), modificada pola Lei 3/2005 (D.O.G. 21/3/05)

D./Dna. .... maior de idade, con  
D.N.I.: ....., veciño/a de ..... rúa .....  
..... Nº ....., teléfono .....

### MANIFESTO:

Que fun informado/a polo/pola Dr./Dra. .... en data ...../...../..... (e que me foi entregada unha copia da información) do procedemento: ..... e igualmente dos beneficios que se esperan e do tipo de riscos que comporta a súa realización (complicacións máis frecuentes) e a súa non realización, así como das posibles alternativas segundo os medios asistenciais deste Centro.

Comprendo toda a información que se me proporcionou e as miñas dúbidas foron aclaradas satisfactoriamente.

### CONSINTO:

Aos facultativos do Servizo de ..... a que me practiquen o procedemento referido (descrito no anverso) e as probas complementarias necesarias. Son coñecedor/a de que en caso de urxencia ou por causas imprevistas poderán realizarse as actuacións médicas necesarias para manterme con vida ou evitarme un dano.

Sei que en calquera momento podo revogar o meu consentimento.

Por incapacidade ou renuncia á toma de decisión: Persoa que autoriza (familiar ou titor legal)

D./Dna. ...., con D.N.I.: .....  
en calidade de .....

Asino dous exemplares en A Coruña, a ..... de ..... de .....

**Sinatura do/a paciente**

**Sinatura do/a representante legal**

**Sinatura do/a facultativo/a**

*Decidín **REVOGAR** o meu consentimento respecto da realización do procedemento referido.*

Sinatura do/a paciente  
(ou persoa autorizada)

Sinatura da testemuña

Sinatura do/a facultativo/a

**(Asinar só en caso de revogar o consentimento previo).**

Data: ...../...../.....