

Consentimiento familiar para la extracción de órganos y/o tejidos de cadáver

El abajo firmante D./D.^a _____ con DNI _____
con domicilio en _____ Dp _____ Ciudad _____
en calidad de _____ del paciente D./D.^a _____
ingresado en la Unidad _____ del Hospital _____.

DECLARA:

Que tras haber sido informado/a de la situación de muerte encefálica de dicho/a paciente y no teniendo constancia de su negativa en vida a la donación de órganos y/o tejidos.

AUTORIZA:

- SI No La extracción de órganos y tejidos con la finalidad de trasplante de acuerdo con la ley 30/1979 de 27 de octubre, el Real Decreto 2072/1999 de 30 de diciembre y el Real Decreto 411/1996 de 1 de marzo, que regulan su utilización anónima y altruista.
- SI No La utilización de órganos y/o tejidos con fines de investigación en proyectos aprobados por los correspondientes Comités de Ética y de Investigación.
- SI No La inclusión en el Registro de la Coordinación Autonómica de Trasplantes de toda la información referente al proceso de donación y el trasplante de estos órganos y/o tejidos como norma de vigilancia de la calidad y seguridad de todo el procedimiento. Esta información estará sujeta a la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal de 13 de diciembre.

Excluyendo de esta extracción los siguientes órganos y/o tejidos:

- _____
- _____
- _____

En _____ a _____ de _____ de _____

Fdo. _____

El/la Coordinador/ra D./D.^a _____ certifica que, **NO EXISTE CONSTANCIA EN VIDA DE NEGATIVA EXPRESA A LA DONACIÓN POR PARTE DE ESTE FALLECIDO** cumpliendo las condiciones previstas en este aspecto, tanto en el artículo 10 del Real Decreto 2070/1999 de 30 de diciembre, como en la ley 5/2003 de Declaración de Voluntad Vital Anticipada de 9 de Octubre.

Fdo. _____