



Hemoterapia

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSION DE SANGRE Y SUS COMPONENTES

Nombre y Apellido

.....

DNI

Sala y Cama

Esta autorización firmada tendrá vigencia durante los siguientes periodos:

- Válida por 30 días consecutivos para pacientes externos (cirugías o procedimientos médicos programados); y
- Durante el curso de la atención médica de los pacientes desde el primer día de hospitalización y hasta su egreso.

INFORMACION

1. El médico me ha informado que durante mi atención médica, la de mi hijo o del paciente que yo esté autorizado a representar, es posible que sea necesario efectuar transfusiones de sangre o de hemocomponentes.
2. Comprendo que las transfusiones se pueden realizar con:
 - Sangre donada por otros (transfusión alogénica).
 - Mi propia sangre (transfusión autóloga), si soy el destinatario de la transfusión en ciertas circunstancias de no emergencia.
3. Comprendo los riesgos que el médico me ha descrito y que dichos riesgos existen a pesar de que los componentes sanguíneos que serán administrados han sido preparados y evaluados de acuerdo con los estándares científicos actuales (transmisión de infecciones, reacciones inmunes, contaminación bacteriana, daño pulmonar, entre otros).
4. Comprendo que en ocasiones se pueden presentar reacciones adversas a la transfusión o efectos no previsibles, que pueden implicar: manejo médico, interrupción de la transfusión e incluso, la muerte del paciente-receptor.
5. Comprendo que el propósito y los beneficios de la transfusión, conforme a las explicaciones que me dio el médico, buscan aliviar o mejorar mi estado de salud.
6. Comprendo que existen alternativas a la transfusión de sangre (hormonas, suplementos dietarios, medicamentos) pero que en este momento, el tratamiento debe ser la administración de sangre.
7. Comprendo las implicaciones, para mi estado de salud, del rechazo de la transfusión.
8. Entiendo que no se ofrece ninguna garantía y que el procedimiento puede no curar mi afección.
9. He leído y comprendo totalmente este documento de autorización. Estoy satisfecho con las explicaciones del médico al contestar a todas mis preguntas.

EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO TRANSFUSIONAL Y SUS ALTERNATIVAS, PUDIENDO REVOCARLO EN CUALQUIER MOMENTO

Fecha Firma del paciente

REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente):

Sr/Sra. D.N.I.

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.):Firma

DECLARO QUE HE PROPORCIONADO LA INFORMACIÓN ADECUADA AL PACIENTE Y HE DADO RESPUESTA A LAS DUDAS PLANTEADAS POR EL PACIENTE

Fecha..... Firma del médico

CASOS DE EMERGENCIA: Debido a la condición clínica de mi paciente, o que ésta constituye una amenaza vital, no he proporcionado al paciente la información suficiente para ser considerada como Consentimiento Informado y he procedido a ordenar la administración de sangre o de hemoderivados indicados.

Fecha_____ Firma del médico

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con fecha revoco el consentimiento prestado para realizar tratamiento transfusional o sus alternativas .

Nombre paciente o representante legal

D.N.I. Firma