

CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE PRÁCTICA TRANSFUSIONAL

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE: _____

HISTORIA CLÍNICA: _____

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: _____

SERVICIO QUE SOLICITA EL PROCEDIMIENTO: _____

Este documento sirve para que usted o quien represente, dé su expreso consentimiento para que le realicen una transfusión de sangre.

Ud. podrá revocar este documento, si lo desea. Ello no generará ningún trato diferencial en la calidad de la atención sanitaria recibida o a recibir.

Antes de firmar es importante que lea detenidamente la información que a continuación se detalla. Ud. tiene derecho a realizar preguntas sobre cualquier inquietud o duda que tenga sobre este documento y el profesional de salud que lo asiste tiene la obligación de responderlas.

// PRÁCTICA TRANSFUSIONAL

La transfusión consiste en la administración de uno o varios componentes de la sangre humana (como plasma, plaquetas, glóbulos rojos, etc.) en su cuerpo. Para ello se le extraerá una muestra de sangre con el fin de que sea compatible con la sangre seleccionada para la transfusión.

Si el profesional de salud conector de su enfermedad ha determinado que la práctica transfusional resulta un procedimiento necesario en virtud de su estado clínico es porque ha sospechado los beneficios de hacerlo frente a los riesgos que esta práctica conlleva o frente a los problemas que puede ocasionar la falta de transfusión.

// POSIBLES RIESGOS, REACCIONES ADVERSAS E INCONVENIENTES PRODUCIDOS POS TRANSFUSIÓN DE SANGRE.

No obstante una adecuada elección del procedimiento por parte de su médico, y de su correcta realización por el personal médico y técnico de esta institución, la transfusión puede presentar diversos riesgos para su salud ya que ningún procedimiento médico está absolutamente exento de ocasionarlos. Para ello, se le informan a continuación los distintos tipos de riesgos a los cuales se expondrá de aceptar la transfusión:

- ¿CUÁLES SON LOS RIESGOS?

El Dr/a: _____ me ha informado que el tratamiento no está exento de posibles efectos secundarios y riesgos, explicándome cuáles son:

Un bajo riesgo, aunque no nulo, es el de contraer infecciones por el virus de la hepatitis B, hepatitis C, HIV u otros menos frecuentes. A pesar que la selección de donantes es muy cuidadosa y las precauciones para

detectar sangre contaminada son máximas. Existe una fase inicial en las enfermedades infecciosas (periodo ventana) en la que los agentes infecciosos no son detectables en la sangre y por lo tanto hacen que siempre exista una mínima posibilidad de contagio.

Reacciones transfusionales: procesos de tipo alérgico debidos al efecto de determinados componentes (proteínas) del donante que son extraños al receptor. Las reacciones leves (fiebre, escalofríos) son relativamente frecuentes y fáciles de tratar. Muy raramente estas reacciones pueden ser graves y comprometer la vida del paciente (insuficiencia respiratoria, hipotensión grave o incluso paro cardiorespiratorio).

Si durante la transfusión o posteriormente se produjera alguna complicación, todo el personal médico y técnico de la institución se encontrarán a su disposición para preservar su salud y recibir adecuada atención. Para ello se le solicita informe al personal que lo asiste sobre cualquier síntoma o malestar que sufra luego del acto transfusional.

CONSENTIMIENTO

Yo _____ declaro que leí, o que me han leído y explicado el presente documento informativo de manera clara, precisa y adecuada, habiendo podido formular preguntas, las cuales fueron respondidas y explicadas en forma satisfactoria. Fui informado que puedo revocar mi voluntad.

Acepto que la transfusión de sangre resulta el procedimiento necesario según criterio médico debido a la enfermedad que padezco. He comprendido cuales son los beneficios esperados y cuales los efectos adversos para mí salud de no realizarse la transfusión.

Acepto que la transfusión comprende una actividad de medios y no de resultados. Por ello, comprendo y acepto los riesgos a los que me expongo con la transfusión de sangre. Acepto que durante la transfusión pueden surgir consecuencias imprevisibles o inesperadas que pueden requerir una extensión del procedimiento original o la realización de una nueva transfusión.

Por todo ello, de forma libre y consciente, y conforme a la ley 26529 y su decreto reglamentario sobre Derechos del paciente, doy mi expreso consentimiento para que me sea realizada una transfusión de uno o varios componentes de sangre humana, firmando a continuación:

PACIENTE **FECHA:** / /

FIRMA

ACLARACIÓN

DNI

RESPONSABLE O TESTIGO LEGAL

FECHA: / /

FIRMA

ACLARACIÓN

DNI

MÉDICO

FECHA: / /

FIRMA

ACLARACIÓN

Declaro haber leído y comprendido correctamente el presente documento, pero a pesar de haber sido informado de la importancia que tiene este procedimiento en la restauración de mi estado de salud; me niego a ser transfundido.

PACIENTE, FAMILIAR, RESPONSABLE O TESTIGO LEGAL SEGÚN CORRESPONDA

FIRMA

ACLARACIÓN

DNI