

# Consentimiento informado

## Transfusión sanguínea

Fecha:

Nombre y Apellidos del Paciente:

### Información recibida por el paciente:

**Declaro haber sido debida y completamente informado sobre todos los aspectos concernientes al procedimiento que he decidido realizarme; en términos que he podido comprender, lo siguiente:**

La terapia transfusional es una herramienta terapéutica que puede utilizar su médico con el objeto de colaborar en el tratamiento y la recuperación de su salud.

La indicación de productos sanguíneos no obedece a reglas matemáticas y su indicación requiere evaluar cada caso en particular, tomando en cuenta sus condiciones fisiológicas, enfermedades concomitantes y la patología actual. Por lo tanto los resultados esperados de esta terapia son específicos para cada paciente.

#### Información general

Al decidir su médico indicarle la transfusión de algún componente sanguíneo, este ha sopesado el beneficio versus el riesgo que conlleva su administración, considerando: su condición fisiológica, como espera que responda usted a este tratamiento y cuáles son los riesgos inherentes al procedimiento. Con toda esta información usted tiene la facultad para decidir si acepta o no el procedimiento.

#### En qué consiste una transfusión sanguínea

Es la administración por vía endovenosa de un componente de la sangre, estos pueden ser: Glóbulos Rojos; Plaquetas, Plasma Fresco Congelado y Crioprecipitados.

#### Riesgos de una transfusión

Los productos derivados de la sangre que usted puede recibir provienen de personas, donantes de sangre, que han sido sometidas a un riguroso proceso de selección, además toda la sangre obtenida en nuestro Banco de Sangre es sometida a una serie de exámenes para descartar la presencia de agentes infecciosos transmisibles a través de ella, según lo exigido por las normas ministeriales.

Durante el proceso transfusional se realizan las pruebas necesarias para asegurar que el hemocomponente elegido para su tratamiento es absolutamente compatible con su grupo sanguíneo. Además el Banco de Sangre cuenta con un protocolo de vigilancia activa de la terapia transfusional con el objeto de pesquisar precozmente una reacción adversa e iniciar tratamiento.

Aun así, considerando todas las actividades que se realizan para un procedimiento seguro, existen riesgos. Las reacciones adversas observadas en nuestra clínica no superan el 1% y la gran mayoría de ellas son reacciones leves a moderadas, sin embargo también existen reacciones graves que pueden poner en peligro la vida de un paciente y que pueden requerir de tratamientos especiales e incluso requerir manejo en Unidad de Terapia Intensiva.

Los síntomas adversos más frecuentes, asociados a la transfusión, pueden ser: fiebre, calofríos y reacciones alérgicas de la piel.

### Médico o profesional que realiza el procedimiento:

(Estos campos deben ser llenados por el profesional responsable del procedimiento)

Diagnóstico del Paciente:

Nombre y Apellidos del Profesional (se acepta timbre con sus datos): Cédula de Identidad del Profesional:

Firma del Profesional responsable del procedimiento:

### Consentimiento:

Declaro haber entregado a mi médico tratante en forma veraz, completa y fidedigna toda la información vinculada a mi estado de salud e historia clínica.

Declaro que se me ha informado en lenguaje claro y sencillo en qué consiste el procedimiento o intervención indicado, incluyendo sus objetivos, características, beneficios y riesgos que presenta para mi estado de salud (o la de mi representado). El profesional que me ha atendido me ha permitido realizar preguntas y aclarar todas mis dudas libremente.

Se me ha explicado que puedo arrepentirme y anular este consentimiento antes de que se realice el procedimiento o intervención, para lo cual deberé solicitar el documento de "Revocación o rechazo de Consentimiento Informado".

Libre y voluntariamente **AUTORIZO** la realización del procedimiento o intervención indicado.

Nombre Paciente:

Cédula de Identidad:

Firma Paciente:

### Completar sólo en caso de menores de edad o incapacidad del paciente:

Nombre Representante Legal o Responsable:

Cédula de Identidad:

Firma Representante Legal o Responsable: