

Consentimiento informado para transfusión de sangre
#NS109P rev. 05/11



CONSENTSGL

DIAGNÓSTICO/AFECCIÓN: _____

FECHA DEL TRATAMIENTO/PROCEDIMIENTO: _____

Mediante este documento autorizo a _____ (el Médico) y/o a los asistentes que él/ella elija, para que realicen la siguiente transfusión de varios componentes o derivados de la sangre:

_____ (el Médico) me ha explicado en general qué es una transfusión de sangre, el procedimiento que se utilizará y las siguientes razones y beneficios de recibir una transfusión y las probabilidades de que sea exitosa. También entiendo los riesgos importantes que se me explicaron, los cuales incluyen, entre otros, daño a los órganos por oxigenación insuficiente (como cuando se da un infarto de miocardio o una apoplejía), incapacidad de controlar una hemorragia y, en ocasiones, incluso la muerte.

Además, se abordó el tema de las alternativas generales a las transfusiones de sangre, sus riesgos, beneficios y efectos secundarios, así como los resultados de rechazar las terapias alternativas o la transfusión recomendada. Se me han explicado las alternativas a la sangre proveniente de donadores, entre otras, la donación previa de mi propia sangre (donación de sangre autóloga), la sangre donada por un amigo o familiar para mi uso, la terapia con Epogen y el uso de un recuperador de células sanguíneas (cell saver) durante la cirugía.

A continuación, he indicado mis intenciones de someterme a estas alternativas o de no hacerlo en este momento.

RIESGOS DE LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE QUE SE PROPONE

Esta autorización se otorga en el entendimiento de que cualquier transfusión de sangre o hemoderivados conlleva riesgos. Estos riesgos incluyen reacciones graves (alérgicas y de otro tipo como dolores de cabeza, comezón, urticaria, erupciones cutáneas, náuseas, fiebre intermitente o escalofríos), daño a mis propias células sanguíneas, sobrecarga por volumen que podría afectar el corazón y los pulmones, infecciones por virus como el de la hepatitis y el del SIDA y otros organismos. Estos riesgos pueden ser graves y posiblemente darían como resultado la muerte.

Entiendo que estos riesgos existen a pesar del hecho que se hayan hecho análisis de la sangre con sumo cuidado. También estoy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no son una ciencia exacta y reconozco que no se me han dado garantías concernientes a los resultados de la transfusión de sangre. Entiendo que la transfusión propuesta podría no mejorar mi afección y podría, de hecho, empeorarla.

PROCEDIMIENTOS ADICIONALES

Entiendo que podrían desarrollarse durante la transfusión de sangre otros problemas/situaciones médicas que no pueden preverse de manera razonable. También es posible que mi médico descubra una afección diferente e inesperada al momento de la transfusión. Autorizo a los médicos mencionados anteriormente, a sus asistentes o a los médicos que designen como se indica en la tabla de abajo, para que realicen el o los procedimientos imprevistos que sean necesarios según su criterio médico.

ASISTENTES

Entiendo que algunos aspectos o cuestiones importantes de esta transfusión de sangre o cualquier otro tratamiento necesario durante esta transfusión pueden ser realizados por proveedores de atención médica que no sean médicos; esto incluye, entre otros, a residentes que no sean el médico de cabecera identificado en este consentimiento. Entiendo que los cuidados que proporcionan estos proveedores estarán dentro del campo de su profesión y se realizarán de acuerdo con las políticas del hospital y, en el caso de los residentes, bajo la supervisión del médico responsable.

INSTRUCCIONES ESPECIALES

(Describa las instrucciones, por ejemplo, uso de un recuperador de células sanguíneas, se ha hecho una donación previa, etc.) o el paciente rechaza las alternativas.

(Marque si corresponde _____)

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Mi médico me ha explicado completamente el procedimiento, en palabras que entiendo y estoy consciente que no se me ha dado ninguna garantía sobre los resultados de este tratamiento/procedimiento y que podría no mejorar mi afección. He tenido la suficiente oportunidad para hablar sobre mi afección y tratamiento con mi(s) médico(s) y/o su(s) asociado(s) y han respondido a todas mis preguntas satisfactoriamente. Creo que se me ha dado suficiente información y tengo el conocimiento adecuado para tomar una decisión informada sobre someterme o no a la transfusión de sangre propuesta. He leído, entiendo todo el contenido y estoy de acuerdo, y doy mi autorización y consentimiento voluntario para esta transfusión de sangre.

NO FIRME A MENOS QUE HAYA LEÍDO MINUCIOSAMENTE Y COMPRENDIDO ESTE FORMULARIO.

Firma del Paciente o Tutor Fecha _____ Hora _____

Firma del médico con el que se abordó el tema de este consentimiento informado Fecha _____ Hora _____

FIRME AQUÍ SI RECHAZA LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE:

Firma del Paciente o Tutor Fecha _____ Hora _____