

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSFUSION DE SANGRE Y HEMODERIVADOS ESPECIALIDAD DE HEMATOLOGÍA

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La transfusión en general se basa en la necesidad de aportar externamente alguno o todos los derivados de la sangre de los que carezca en cantidad o calidad (glóbulos rojos, plaquetas, plasma...).

La sangre proviene de donantes sanos que no reciben ninguna compensación económica por la donación. Cada donación es estudiada exhaustivamente con las técnicas de que se dispone en la actualidad para la detección de Hepatitis B y C, Sífilis e infección por el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana que provoca el SIDA).

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

La reposición de aquellos componentes sanguíneos que son deficitarios en cantidad o calidad para el correcto funcionamiento orgánico del paciente.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Nunca se prescribe una transfusión sin ser totalmente imprescindible. Su médico habrá valorado si puede emplear otros recursos terapéuticos para evitar la transfusión (terapia con hierro, autotransfusión, expansores plasmáticos, etc.).

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Reposición de los componentes de la sangre vitales para la supervivencia del paciente.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Hipoxemia-anoxia con fallo orgánico o multiorgánico incluso llegando al exitus.

RIESGOS FRECUENTES

Existe la posibilidad de originar sensibilización a algunos de sus componentes, lo cual puede dar lugar a reacciones transfusionales (fiebre, escalofríos, picores, enrojecimiento...), que suelen ser leves y de fácil manejo y carentes de consecuencias posteriores, solo excepcionalmente pueden ser severas. Para evitarlas tomamos medidas profilácticas y si se producen ofrecemos tratamiento eficaz.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

A pesar de todas las precauciones, debido a los falsos negativos de las técnicas utilizadas y al período de incubación existente en todo proceso infeccioso antes de su detección, la sangre y sus componentes pueden seguir transmitiendo las enfermedades a que hacíamos referencia anteriormente (hepatitis B/C, SIDA, sífilis...) aunque con muy poca frecuencia.

También hay que saber, que toda transfusión al ser un tratamiento biológico, tiene riesgo de contraer

enfermedades conocidas y desconocidas actualmente.

Reacciones transfusionales graves, infrecuentes hemólisis (destrucción de glóbulos rojos), edema de pulmón, anafilaxia (reacción alérgica grave), etc.

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

CONTRAINDICACIONES DE LA TRANSFUSION DE CONCENTRADOS DE HEMATIES

1. No utilizar como expansor de volumen.
2. No utilizar de forma profiláctica para mejorar el estado general del paciente.
3. No usar como sustituto del tratamiento específico de cada anemia.

CONTRAINDICACIONES DE LA TRANSFUSIÓN DE PLAQUETAS

1. Trombopenia inducida por heparina.
2. PTT y el Síndrome Hemolítico Urémico.
3. Púrpura trombocitopenica postransfusional.

CONTRAINDICACIONES DE LA TRANSFUSION DEL PLASMA

1. No utilizar como expansor de volumen.
2. No utilizar como aporte de Ig G, como aporte nutricional o como factores del complemento.

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA