

PACIENTE: 900000 PRUEBA DE UN SOLO PACIENTE NO CREAR OTRO**SERVICIO:** 0013720742**FECHA:** 12/04/2024**NASCIMIENTO:** 22/01/1980 **EDAD:****SEXO:** Masculino**UNIDAD:****TIEMPO INTERN:****SEGURO:** PRIVADO(CBHPM)(PG ACTO)**PLAN:** PLAN ESTÁNDAR

- TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES -

Declaro que:

- En la información que he facilitado, no he omitido nada sobre mi salud y mis hábitos.
- He recibido toda la información relativa a la transfusión de hemocomponentes a la que voy a someterme, incluidos sus beneficios, riesgos, posibles complicaciones y alternativas, incluidas mis condiciones personales, y también se me ha informado de que:
 - Las transfusiones de sangre se utilizan para tratar diversas enfermedades, como la anemia resultante de hemorragias en accidentes y cirugías; defectos en la coagulación de la sangre; afecciones que comprometen la producción de componentes sanguíneos como enfermedades hematológicas, neoplasias, sepsis, etc.;
 - Para preparar la sangre y los componentes para transfusión, el servicio de hemoterapia necesita extraer sangre y realizar pruebas inmunohematológicas, que lleva a cabo el personal formado utilizando las técnicas más sensibles;
 - Aunque poco frecuente, la transfusión puede provocar efectos indeseables, como: reacción febril no hemolítica, reacción alérgica, sobrecarga de volumen, TRALI (lesión pulmonar aguda relacionada con la transfusión), aloinmunización (formación de anticuerpos tras la transfusión de hematíes), extravasación y/o hematoma en el lugar de punción de la vena y transmisión de enfermedades infecciosas. El Banco de Sangre GSH dispone de diversos protocolos para minimizar la aparición de estos riesgos, como protocolos de transfusión y hemocomponentes modificados. En el caso de las enfermedades infecciosas, toda la sangre procesada se somete a las pruebas serológicas, los controles de calidad y los procedimientos operativos más avanzados, por lo que el riesgo de contaminación es extremadamente bajo.;
 - Soy consciente de que las muestras de sangre tomadas antes de las transfusiones pueden ser enviadas para la detección de algunas enfermedades infecciosas, como el SIDA, la hepatitis B y la hepatitis C.
- Se me dio la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas en su totalidad, así como la opción de cancelar el procedimiento de transfusión de sangre. En caso de negativa, se me informó de que podía haber alternativas a la transfusión de sangre que deberían discutirse con mi médico tratante.
- Entiendo que como beneficio de este procedimiento se espera que mejore mi condición de anemia, bajo recuento de plaquetas y/o trastorno de la coagulación, sin embargo, no hay garantía en cuanto a los resultados que se obtendrán.
- Soy consciente y doy mi consentimiento para que el servicio de hemoterapia se ponga en contacto conmigo y/o con mis familiares para tratar cualquier necesidad de reponer las existencias de sangre transfundida, ya que la donación es la única forma de que el servicio de hemoterapia pueda satisfacer la demanda de transfusiones.
- Autorizo el uso de los datos técnicos del/de los procedimiento(s) para los estudios necesarios sobre transfusión sanguínea (no se utilizarán ni enviarán datos personales).

Confirmando que he recibido, leído y comprendido todas las explicaciones facilitadas, y que se me ha dado la oportunidad de solicitar aclaraciones adicionales, siendo consciente de que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, siempre que lo haga antes de que tenga lugar el procedimiento propuesto. En vista de lo anterior, doy mi consentimiento, considerando la necesidad de una transfusión de sangre:

- () AUTORIZO la transfusión.
() NO AUTORIZO la transfusión.

Razón: _____

Certifico que me han explicado este documento y que lo he leído, o que me lo han leído, y que he comprendido su contenido, y AUTORIZO la realización del tratamiento/procedimiento.

Salvador, _____ de _____ de 20____.

Pacienteo _____
Tutor

Cuando el paciente sea menor de edad, tenga un tutor legal o no pueda firmar este documento.

Representante / Tutor Legal:**Identidad:****Parentesco:**

PACIENTE: 900000 PRUEBA DE UN SOLO PACIENTE NO CREAR OTRO**SERVICIO:** 0013720742**FECHA:** 12/04/2024**NASCIMIENTO:** 22/01/1980 **EDAD:****SEXO:** Masculino**UNIDAD:****TIEMPO INTERN:****SEGURO:** PRIVADO(CBHPM)(PG ACTO)**PLAN:** PLAN ESTÁNDAR**MÉDICO RESPONSABLE**

Declaro que he explicado al/a la paciente o tutor todo el procedimiento, tratamiento, medicación a la que está sometido el susodicho paciente, indicación, beneficios, riesgos y alternativas, y he aclarado cualquier duda que pudiera tener, así como los riesgos relacionados a los que estará expuesto/a como consecuencia de su decisión.

() No fue posible obtener este formulario de consentimiento informado porque se trataba de una situación de emergencia.

Salvador, _____ de _____ de 20____. _____

Firma del médico - CRM