

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSION DE SANGRE/ HEMODERIVADOS

Ciudad y fecha:/...../20.....-

1. Yo,.....con diagnóstico presuntivo de, habiéndome explicado detalladamente y en términos claros y sencillos los riesgos del mismo y los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del tratamiento propuesto, por la presente autorizo al Servicio de Hemoterapia Medicina Transfusional y Hematología SRL, a realizarme una transfusión de sangre que se realizará en Sanatorio Boratti SRL.
2. Dejo especialmente aclarado que se me han informado los motivos por los que está indicado efectuar la administración de sangre y/ o hemoderivados, y que entiendo la naturaleza y consecuencias que pueden derivarse de la administración de dichos elementos. Asimismo, manifiesto que estoy en conocimiento de los eventuales riesgos que pueden sobrevenir con motivo de realizar el tratamiento mencionado. Se me ha dado la posibilidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente explicados:
 - a) El tratamiento consiste en la reposición de componentes de la sangre como son glóbulos rojos, plaquetas y plasma. Todos los componentes sanguíneos se administran a través de un catéter que se coloca en una vena.
 - b) Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de tratamientos son aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descritas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación, y de manera ejemplificativa, las siguientes:
 - d.1 **Frecuentes:** Reacción alérgica, reacciones transfusionales leves (fiebre, escalofríos), flebitis.
 - d.2 **Menos frecuentes:** Reacciones adversas mediadas inmunológicamente (reacción hemolítica aguda, reacción alérgica grave), reacciones adversas no mediadas inmunológicamente (sobrecarga circulatoria, coagulación intravascular diseminada, hemosiderosis, hormigueo).
 - d.3 **Infrecuentes pero Graves:** Existe un riesgo mínimo de contraer infecciones: virus de la inmunodeficiencia humana (HIV- SIDA), hepatitis B, hepatitis C y otros virus aún menos frecuentes.
3. El servicio de hemoterapia referido cumple con la totalidad de las normativas legales vigentes para la administración de sangre y/ o hemoderivados, y también cumple con las emanadas de la Sociedad Argentina de Hemoterapia e Inmunoterapia.
4. El servicio cuenta con un registro de donadores y un registro de receptores que permite la identificación de cada uno de ellos para cualquier verificación posterior.
5. A la totalidad de los donadores se les realizan las determinaciones normadas por ley, incluyendo la prueba de ELISA para detección de anticuerpos del virus del HIV/ determinación del antígeno p24 (tachar lo que no corresponda). Se me ha explicado en qué consiste el fenómeno de ventana inmunológica, y entiendo que resulta técnicamente imposible detectar la existencia del virus durante dicho periodo.
6. El servicio de hemoterapia cumple con la totalidad de las normas de Bioseguridad vigentes para la actividad.
7. Se me ha aclarado que durante el curso del tratamiento condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el profesional, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional.
8. Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que (*marcar "Sí o No"*) es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, **rechazar** cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o

produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.

9. Se me ha explicado la naturaleza y propósitos del tratamiento propuesto y los riesgos y consecuencias de no acceder al mismo; especialmente se me ha advertido que si me opongo a su realización presento un alto riesgo de padecer: anemia severa, hipotensión, shock hipovolémico con riesgo de muerte entre otros. En mi caso específico además existen altas chances de
-
10. Se me ha informado acerca de las alternativas terapéuticas, puntualizándoseme la siguiente: expansores plasmáticos, autotransfusión, terapia con hierro y eritropoyetina, aunque asimismo se me ha explicitado que de acuerdo a mi estado actual de salud, resulta más aconsejable el tratamiento propuesto. Se me han explicado las consecuencias que pueden derivarse de la elección de tratamiento alternativo.-
11. Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el profesional me ha informado adecuadamente del resultado deseado del tratamiento, no me han sido garantizados la obtención de los mismos.-
12. Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales. Manifiesto ser alérgico a:
13. Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.-
14. Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el tratamiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.
15. He leído detenidamente este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo la transfusión indicada.-

Firma del paciente: **Documento:**

Aclaración:.....

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concuro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.-

(1) Firma: **(2) Firma:**

Aclaración: **Aclaración:**

Documento: Documento:

Teléfono: Teléfono:

Domicilio: Domicilio:

(1) Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

(2) Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: