



GRUPO GESTOR DE SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS



Este término tiene como objetivo confirmar la información proporcionada al paciente y/o tutor, por el médico tratante, de los principales aspectos relacionados con la transfusión sanguínea a la que será sometido, incluyendo los beneficios, riesgos, posibles complicaciones y posibles alternativas, y formalizar su consentimiento libre e informado al procedimiento antes mencionado.

Si falta la etiqueta es obligatorio rellenar los datos siguientes

Paciente: _____
Nombre social: _____
Dirección: _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ NIF: _____ ID: _____ Órgano Emisor: _____

Nota: En caso de que el responsable no sea el paciente, rellene también los datos en el siguiente espacio:

Nombre completo: _____ Parentesco: _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ NIF: _____ ID: _____ Órgano Emisor: _____

Declaro que:

- En la información que proporcioné no omití nada respecto a mi salud y hábitos.
- He recibido toda la información sobre la transfusión de componentes sanguíneos a la que voy a ser sometido, incluyendo sus beneficios, riesgos, complicaciones potenciales y alternativas, incluyendo la consideración de mis condiciones personales, y también se me ha aclarado que:
 - La transfusión de sangre se utiliza para tratar varias enfermedades, tales como: anemia por hemorragia en accidentes y cirugías; defectos en la coagulación de la sangre; condiciones que comprometen la producción de componentes sanguíneos como enfermedades hematológicas, neoplasias, sepsis, etc.;
 - Para la preparación de la sangre y los componentes para la transfusión, el servicio de hemoterapia necesita la recolección de sangre y la realización de pruebas inmunohematológicas, que son realizadas por un equipo capacitado utilizando las técnicas más sensibles;
 - Aunque es poco frecuente, la transfusión puede causar efectos indeseables, tales como: reacción febril no hemolítica, reacción alérgica, sobrecarga de volumen, TRALI (lesión pulmonar aguda asociada a la transfusión), aloinmunización (formación de anticuerpos después de la transfusión de glóbulos rojos), extravasación y/o hematoma en el sitio de punción venosa y transmisión de enfermedades infecciosas. El Banco de Sangre GSH cuenta con varios protocolos para minimizar la ocurrencia de estos riesgos, como protocolos de transfusión y componentes sanguíneos modificados. En el caso de las enfermedades infecciosas, toda la sangre procesada se somete a pruebas serológicas, control de calidad y procedimientos operativos de última generación, de modo que el riesgo de contaminación es extremadamente bajo;
 - Soy consciente de que las muestras de sangre recogidas antes de las transfusiones pueden enviarse para su análisis con el fin de detectar algunas enfermedades infecciosas, como el SIDA, la Hepatitis B y la Hepatitis C.
- Se me dio la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas completamente, así como la opción de cancelar el procedimiento de transfusión de sangre. En caso de rechazo, me informaron que podría haber alternativas a la transfusión de sangre que deberían discutirse con mi médico tratante.
- Entiendo que como beneficio de este procedimiento, se espera que mi condición de anemia, bajo recuento de plaquetas y/o trastorno de la coagulación mejore, sin embargo, no hay garantía en cuanto a los resultados a obtener.
- Conozco y doy mi consentimiento para que el servicio de hemoterapia se ponga en contacto conmigo y/o con sus familiares para hablar sobre la posible necesidad de reponer el suministro 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 o para estudios que sean necesarios en relación con la transfusión de sangre (no se utilizarán ni enviarán datos personales).

Confirmando que he recibido, leído y entendido todas las explicaciones proporcionadas, y que se me ha dado la oportunidad de solicitar aclaraciones adicionales, siendo consciente de que, en cualquier momento, puedo revocar este consentimiento, siempre que sea antes de que se lleve a cabo el procedimiento propuesto.

En vista de lo anterior, por el presente término, considerando la necesidad de transfusión sanguínea:

() **AUTORIZO la transfusión.**

() **NO AUTORIZO la transfusión.** Motivo: _____

Fecha ____/____/____ Hora: ____:____
Firma del paciente o tutor

POR EL MÉDICO:

- ☐ Doy fe de que he explicado todo el procedimiento transfusional al que se somete el paciente antes mencionado al propio paciente y/o a su tutor, informando sobre los beneficios, riesgos y alternativas, habiendo respondido a las preguntas formuladas por él. Entiendo que el paciente y/o su tutor entendieron lo que se le dijo.
- ☐ No fue posible recoger este Término de Consentimiento Libre y Esclarecido porque se trataba de una situación de urgencia.

Médico – Firma y Sello: _____

Derogación por: _____, ____/____/____, a ____ horas y ____ minutos.

Firma del paciente o tutor