

San Isidro, a los ..... días del mes de ..... de 202.....

Nombre y apellido: .....

DNI: ..... Fecha de nacimiento: ..... / ..... / .....

Motivo por el cual el paciente podría requerir transfusión: .....

Servicio en el cual se realiza el procedimiento: .....

El Consentimiento Informado es la potestad que todo paciente tiene de aceptar libremente y sin presiones, que se le realice una transfusión de sangre. La misma se realizará con la previa explicación detallada de la persona que realizará el procedimiento, para que el paciente conozca y comprenda cómo será realizado y cuáles son sus beneficios, riesgos o complicaciones, y para que pueda obtener respuestas a sus preguntas.

Este documento es puesto en conocimiento del Paciente, Familiar o Representante Acreditado del paciente con anterioridad a la transfusión de sangre que se le vayan a realizar en el Sanatorio Las Lomas quien(es) enterado(s) de su contenido, libre y voluntariamente lo suscribe(n). Para que lo mencionado pueda cumplirse Ud. Debe efectuar todas las preguntas que crea necesarias.

No firme sin antes recibir las respuestas necesarias.

## Expresión de Consentimiento Informado Práctica transfusional

### I. PROCEDIMIENTO

La transfusión consiste en la administración de uno o varios componentes de sangre humana (como plasma, plaquetas, glóbulos rojos, etc) en su cuerpo. Para ello, se le extraerá previamente una muestra de su sangre con el fin de que sea compatible con la sangre seleccionada para transfusión.

Si el profesional de la salud conocedor de su enfermedad ha determinado que la práctica transfusional resulta un procedimiento necesario en virtud de su estado médico es porque ha sopesado los beneficios de hacerlo frente a los riesgos que esta práctica conlleva o frente a los problemas que puede ocasionarle la falta de transfusión.

### II. INFORMACIÓN: RIESGOS, REACCIONES ADVERSAS E INCONVENIENTES

No obstante una adecuada elección del procedimiento por parte de su médico y de la correcta realización por el personal médico y técnico del Sanatorio Las Lomas, la transfusión puede presentar diversos riesgos para su salud ya que ningún procedimiento médico está absolutamente exento de ocasionarlos.

Por medio del presente documento, manifiesto entender que la transfusión sanguínea tiene ciertos riesgos asociados a la misma, entre los que se encuentran:

- a) Un bajo riesgo, aunque no nulo, es el de contraer infecciones por el virus de la hepatitis B, hepatitis C, HIV u otros menos frecuentes. A pesar que la selección de donantes es muy cuidadosa y las precauciones para detectar sangre contaminada son máximas, existe una fase inicial en las enfermedades infecciosas (*periodo ventana*) en la que los agentes infecciosos no son detectables en la sangre y por lo tanto hacen que siempre exista una mínima posibilidad de contagio.
- b) Reacciones transfusionales: procesos de tipo alérgico debidos al efecto de determinados componentes (proteínas) del donante que son extraños al receptor. Las reacciones leves (fiebre, escalofríos) son relativamente frecuentes y fáciles de tratar. Muy raramente estas reacciones pueden ser graves y comprometer la vida del paciente (insuficiencia respiratoria, hipotensión grave o incluso paro cardiorrespiratorio).

Si durante la transfusión o posteriormente se produjera alguna complicación, el personal médico y técnico del Sanatorio Las Lomas se encontrará a su disposición para preservar su salud y recibir adecuada atención. Para

ello, se le solicita informe al personal que lo asiste sobre cualquier síntoma o malestar que sufra luego del acto transfusional.

### III. INFORMACIÓN ADICIONAL

Por medio de la presente, en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal, y conforme a la Ley 26.529 y su decreto reglamentario sobre Derechos del paciente, otorgo en forma libre mi consentimiento al Médico a Cargo para que, en ejercicio legal de su profesión, así como los demás profesionales de la salud que se requieran y del personal auxiliar de servicios asistenciales del Sanatorio Las Lomas, me sea realizada una transfusión de uno o varios componentes de sangre humana.

Acepto que la transfusión de sangre resulta el procedimiento necesario según criterio médico debido a la enfermedad que padezco.

He comprendido cuáles son los beneficios esperados y cuales los efectos adversos para mí salud de no realizarse la transfusión.

He sido informado por el profesional médico que firma este documento que la transfusión sanguínea comprende una actividad de medios y no de resultados, y que no está exento de posibles efectos secundarios y riesgos y me ha explicado cuáles son.

Por ello, comprendo y acepto los riesgos a los que me expongo con este procedimiento.

Acepto que durante la transfusión pueden surgir consecuencias imprevisibles o inesperadas que pueden requerir una extensión del procedimiento original o la realización de una nueva transfusión.

Declaro haber leído, o que me han leído y explicado el presente documento de manera clara, precisa y adecuada, habiendo podido formular preguntas, las cuales fueron respondidas y explicadas en forma satisfactoria.

Además, he sido informado que este consentimiento PODRÁ SER REVOCADO en cualquier momento anterior a la realización del procedimiento, en cuyo caso se suscribe en el lugar que se destina al pie.

El presente consentimiento informado ha sido leído y comprendido por mi persona en su integridad, por lo que doy mi pleno consentimiento.

Firma de paciente (*):	
Aclaración:	DNI:
Firma de representante legal (*):	
Aclaración:	
Vínculo:	DNI:
Firma de profesional médico:	
Aclaración:	Matrícula:

*(\*) En caso de que el paciente sea menor de 16 años o se encuentre en estado de gravedad con impedimento físico, mental y/o psíquico para otorgar por sí mismo el Consentimiento Informado, será el Representante Acreditado quien lo otorgue. Debe ser un familiar de primer grado, o persona que porte un Poder específico otorgado por el Paciente.*

## Revocación del Consentimiento Informado Práctica transfusional

San Isidro, a los ..... días del mes de ..... de 202.....

Declaro haber leído y comprendido correctamente el presente documento, pero a pesar de haber sido informado de la importancia que tiene este procedimiento en la restauración de mi estado de salud; me niego a ser transfundido.

Firma de paciente (*):	
Aclaración:	DNI:
Firma de representante legal (*):	
Aclaración:	
Vínculo:	DNI:
Firma de profesional médico:	
Aclaración:	Matrícula:

*(\*) En caso de que el paciente sea menor de 16 años o se encuentre en estado de gravedad con impedimento físico, mental y/o psíquico para otorgar por sí mismo el Consentimiento Informado, será el Representante Acreditado quien lo otorgue. Debe ser un familiar de primer grado, o persona que porte un Poder específico otorgado por el Paciente.*