

# Transfusión de hemocomponentes en pacientes adultos



Nombre del paciente \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

N° de Historia Clínica \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Motivo de la Transfusión: \_\_\_\_\_

He sido informado acerca de los siguientes aspectos relacionados con la transfusión de hemocomponentes:

1. Los beneficios de la transfusión	<input type="checkbox"/>
2. Los posibles riesgos asociados a la transfusión	<input type="checkbox"/>

- Riesgos frecuentes con consecuencias mínimas:
  - Fiebre
  - Urticaria
- Riesgos poco frecuentes, pero más serios:
  - Reacción hemolítica aguda
  - Anafilaxia
  - Lesión pulmonar aguda asociada con la transfusión
  - Púrpura post transfusional
- Riesgo de infecciones transmisibles por transfusión:
  - Infecciones bacterianas (sepsis, sífilis)
  - Infecciones virales (HIV, Hepatitis C, B, HTLV, Citomegalovirus)
  - Enfermedad de Chagas
- Riesgos relacionados con las características del paciente
  - Sobrecarga de volumen
  - Reacción hemolítica tardía
  - Sobrecarga de hierro
  - Enfermedad de injerto contra huésped asociada a la transfusión

Se me ha entregado el material impreso que complementa la información que he recibido

He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de lo que se me ha informado

**Autorizo a administrar transfusiones de hemocomponentes todas las veces que sea necesario en la internación actual**

Declaro que leí, o que me ha sido leído y explicado, el presente documento informativo de manera clara, precisa y adecuada, habiendo podido formular preguntas, todas las cuales fueron respondidas y explicadas en forma satisfactoria. Fui informado que puedo revocar mi voluntad en cualquier momento del proceso.

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

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.

Por todo ello, de forma libre y consciente, conforme a la ley 26.529 y su decreto reglamentario sobre Derecho del paciente, doy mi expreso consentimiento para que me sea realizada una transfusión de uno o varios componentes de sangre humana, firmando a continuación:

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/ Responsable

Aclaración:

DNI:

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico

Fecha:

