

Consentimiento para recibir una transfusión de sangre o componentes de la sangre

En el curso de su tratamiento, es posible que sea necesario realizar una transfusión de sangre o componentes de la sangre. Este formulario contiene información básica sobre este procedimiento y, si usted lo firma, autoriza la realización de transfusiones por parte de personal médico calificado.

Descripción del procedimiento:

La sangre se introduce por una vena, por lo general, del brazo, utilizando una aguja desechable estéril. El médico determinará la cantidad de sangre que se transfundirá, y si se transfundirá sangre o componentes de la sangre, en función de sus necesidades particulares.

Riesgos: La transfusión es un procedimiento común de bajo riesgo.

- Las *reacciones temporales y menores* no son *infrecuentes*, lo que incluye moretones leves, hinchazón o reacción local en la zona donde la aguja perfora la piel, o reacciones no graves al material transfundido en sí mismo, lo que incluye dolor de cabeza, fiebre o una reacción cutánea leve, como un sarpullido.
- Si se transfunden glóbulos rojos, *podría producirse una reacción grave*, pero es muy poco probable dado que se realizan pruebas de compatibilidad en toda la sangre antes de la transfusión.
- Las enfermedades infecciosas que se sabe que se transmiten por la sangre incluyen la *hepatitis viral asociada a la transfusión (TAVH)*, una infección viral en el hígado; e infección por el *virus de inmunodeficiencia humana (VIH)*, una infección viral que se sabe que es causante del *síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)*. El riesgo de contraer una enfermedad infecciosa por la sangre transfundida es bajo, y las unidades de sangre se someten a exámenes para prevenir la TAVH y el VIH según lo exigen las normas estatales y federales; no obstante, estos exámenes de laboratorio no son infalibles.
- En casos poco frecuentes, puede producirse insuficiencia cardíaca por sobrecarga.

Comprendo, en términos generales, qué es una transfusión de sangre, los procedimientos que se utilizarán, los beneficios de recibir una transfusión y los posibles riesgos. Comprendo que estos riesgos existen a pesar del hecho de que la sangre ha sido analizada minuciosamente. No se me ha otorgado ninguna garantía ni seguridad respecto al resultado de la transfusión ni a la aptitud o calidad de la sangre utilizada.

Alternativas:

Si la pérdida de sangre representa una amenaza grave en el curso de su tratamiento, solo hay alternativas limitadas a la transfusión de sangre. Sin embargo, si tiene más preguntas sobre este tema, el médico o sus colegas le explicarán las alternativas en detalle si todavía no lo han hecho.

Donaciones dirigidas:

En caso de que me realicen donaciones directas, comprendo que el banco de sangre de St. Mary's Medical Center será responsable de seleccionar unidades conforme al tipo adecuado de sangre para realizar las pruebas cruzadas. Las unidades de sangre con tipo inadecuado pueden ser incorporadas al inventario de sangre general, y las unidades de sangre con tipo adecuado que sobren y yo no necesite pueden ser incorporadas al inventario general luego de que me den el alta del hospital, con la aprobación de mi médico o cirujano.

Donaciones autólogas: En ocasiones, es posible donar sangre propia para procedimientos quirúrgicos electivos. Esto elimina el riesgo de contagio de enfermedades infecciosas, pero conlleva de todos modos los riesgos de tener reacciones menores y sobrecarga cardíaca. Es posible que las unidades autólogas no siempre sean suficientes para las necesidades transfusionales.

No firme este formulario antes de leer y comprender su contenido.

Firma del paciente/madre/padre/tutor/otro

Relación si no es el paciente

Fecha de la firma

Hora

Primer testigo (siempre se requiere un testigo)

Segundo testigo (se requiere en los consentimientos orales o por teléfono, o "X")

Si el paciente no puede dar su consentimiento o es menor de edad, complete lo siguiente:

a. El paciente no puede dar su consentimiento porque:

b. El paciente es menor y tiene _____ (días, meses, años) de edad.

(Pariente más cercano o tutor legal)

(Fecha/hora)

(Testigo de la firma)

(Fecha/hora)



Consentimiento para recibir una transfusión de sangre o componentes de la sangre

NEGATIVA A RECIBIR TRANSFUSIONES DE SANGRE FORMULARIO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

Hora: _____ horas

Yo, _____, como paciente de St. Mary's Medical Center, me niego a dar mi consentimiento para la administración de sangre, componentes de la sangre o derivados de la sangre. Mi médico tratante (o sus asistentes) me han explicado en detalle las posibles consecuencias adversas para mi salud si no se realiza la administración de sangre, componentes de la sangre o derivados de la sangre. Comprendo que la negativa a dar mi consentimiento para estos procedimientos podría poner mi vida en peligro. De este modo, eximo de toda responsabilidad a los médicos tratantes, a sus asistentes, a St. Mary's Medical Center of Evansville, Inc. y a su personal por cualquier resultado inadecuado que se produzca debido a mi negativa a permitir el uso de sangre, sus componentes o derivados.

_____/_____
(Firma del paciente) / Fecha/hora

_____/_____
(Testigo de la firma) / Fecha/hora

Si el paciente no puede firmar la negativa o es menor de edad, complete lo siguiente:

a. El paciente no puede firmar la negativa porque: _____

b. El paciente es menor y tiene _____ (días, meses, años) de edad.

_____/_____/_____/_____
(Pariente más cercano o tutor legal) / (Fecha/hora) (Testigo de la firma) / (Fecha/hora)

