

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y/O HEMODERIVADOS

Estimado paciente

San Vicente, Misiones,del mes de del 202....

El **Sanatorio San Marcos** le solicita leer atentamente este documento, ya que pone en su conocimiento consideraciones importantes acerca de la intervención que procediere en su caso.

El consentimiento informado es la declaración de la voluntad realizada por el paciente o sus representantes legales, según el caso, con el fin de proceder a la internación del paciente para su intervención, tratamiento, diagnóstico o procedimiento específico, luego de haber recibido información clara, precisa e inherente a su situación. Consideraremos que ha entendido lo explicado a través de su firma en este documento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento, pongo en manifiesto que:

- 1) Habiéndome explicado en términos claros y sencillos el diagnóstico médico, como así también los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del tratamiento propuesto, autorizo al **Servicio de Hemoterapia** _____ a realizarme la transfusión de _____, que se realizará en esta institución.
- 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. Se me ha explicado que 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.
- a) 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 descriptas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación, y de manera ejemplificativa, las siguientes: como frecuentes: reacción alérgica, reacciones transfusionales leves (fiebre, escalofríos), flebitis. Como menos frecuentes: Reacciones adversas mediadas inmunológicamente (reacción hemolítica aguda, reacción alérgica grave), reacciones adversas no mediadas inmunológicamente (sobrecarga circulatoria, coagulación intravascular diseminada, hemosiderosis, hormigueo). Como 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 dadores y un registro de receptores que permite la identificación de cada uno de ellos para cualquier verificación posterior. A la totalidad de los dadores 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. El servicio de hemoterapia cumple con la totalidad de las normas de Bioseguridad vigentes para la actividad.
- 5) 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.

- 6) 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.
- 7) Se me ha aclarado que durante el curso de la operación 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) Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el especialista me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizados la obtención de los mismos.
- 9) Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada cumpliendo fielmente las indicaciones hasta que posea el alta médica definitiva, así como informar en forma inmediata al cirujano sobre cualquier cambio que apareciera en la evolución normal del post-operatorio de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.
- 10) 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 (con su modificatoria, la ley 26.742), y en consecuencia hago constar que **(Tachar lo que no corresponda: SI/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.
- 11) Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.
- 12) 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 o 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.
- 13) 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, así como declaro ser alérgico/a _____

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

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

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ **Teléfono:** _____

Domicilio: _____

Represento en carácter de: _____

Firma: _____