
	MEINTEGRAL S.A.S.		Código: EC-SP-FT-RTCS-TV-206	
	FORMATO		Versión: 1.0	Año: 2022
	REGISTRO DE TRANSFUSION DE COMPONENTES SANGUÍNEOS		Página 1	

FECHA		HORA		SERVICIO				
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		
NACIONALIDAD		TIPO DE IDENTIFICACIÓN				NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		EDAD
		CC	CE	RC	TI	CN	AS	MS
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PBS								
MÉDICO QUE ORDENA LA TRANSFUSIÓN								
INDICACIÓN DE LA TRANSFUSIÓN								
HEMOCLASIFICACIÓN DEL USUARIO								
CANTIDAD SOLICITADA						CANTIDAD RECIBIDA		
RASTREO DE ANTICUERPOS								
COMPONENTE	HEMOCLASIFICACIÓN DE LA UNIDAD	N° SELLO NACIONAL DE CALIDAD		IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD		RESULTADO DE PRUEBAS CRUZADAS		BANCO DE SANGRE
BACTERIOLOGO(A) RESPONSABLE:								
INICIO DE LA TRANSFUSIÓN								
HORA	H.H.		M.M.		FECHA	aa	mm	dd
ENFERMERA (O) QUE APLICA LA TRANSFUSIÓN (Nombre, firma y sello)								
MÉDICO QUE SUPERVISA LA TRANSFUSIÓN (Nombre, firma y sello)								
SIGNOS VITALES DE INICIO DE LA TRANSFUSIÓN								
	HORA	TA		FC		T°		FR
INICIO								
15 MIN								
30 MIN								
60 MIN								
90 MIN								
FINALIZACIÓN								
FEBRIL		URTICARIA		ANAFILAXIA		OTRO ¿CUÁL?:		
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
OBSERVACIONES: _____								
Si hay alguna reacción durante la transfusión, suspenda el procedimiento y diligencie el formato correspondiente.								

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Profesional de enfermería	Referente nacional de seguridad del paciente	Coordinador nacional de calidad

	MEINTEGRAL S.A.S		Código: M-I-FT-TS-TV-69	
	FORMATO		Versión: 3.0	Año: 2022
	CONSENTIMIENTO INFORMADO TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA		Página 1 de 3	

FECHA		HORA		SERVICIO			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
NACIONALIDAD		TIPO DE IDENTIFICACIÓN				NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	EDAD
		CC	CE	RC	TI	CN	AS MS
SEXO BIOLÓGICO				IDENTIDAD DE GÉNERO			
H	M	INTERSEXUAL/INDETERMINADO		M	F	TRANSGÉNERO	NEUTRO NO DECLARA
DISCAPACIDAD		FÍSICA	VISUAL		SORDOCEGUERA		SIN DISCAPACIDAD
		AUDITIVA	INTELECTUAL		PSICOSOCIAL		DISCAPACIDAD MÚLTIPLE
						VICTIMA DE CONFLICTO	
						SI NO	
COMUNIDAD ÉTNICA							
INDÍGENA		ROM		RAIZAL		NEGRO PALENQUERO AFROCOLOMBIANO NINGUNA	
MUNICIPIO		ZONA		DIRECCIÓN			
		U R					
TELÉFONO		TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO			
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PBS							

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por la Ley 23 de 1981, se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que les será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente (Arts. 15 y 16). El Decreto 3380 de 1981, “por el cual se reglamenta la Ley 23 de 1981”, precisa en su artículo 10 que el médico cumple la advertencia del riesgo previsto, con el aviso a su paciente o a sus familiares o allegados, con respecto a los efectos adversos que, en su concepto, dentro del campo de la práctica-médica, pueden llegar a producirse como consecuencia del tratamiento o procedimiento médico.

Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará, por lo que solicitamos llene de su puño y letra los espacios en blanco.

El no aceptar los procedimientos requeridos, podría traer repercusiones serias en su actual estado de salud, en el de su familiar o menor a cargo legalmente; los principales riesgos de no realizarse los procedimientos son: aumento de los síntomas, aparición de complicaciones y muerte.

EN QUE CONSISTE:

Por medio del presente consentimiento, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento a mi médico tratante, quien obra en MEINTEGRAL SAS, para que, en ejercicio legal de su profesión, se me practique la transfusión de los siguientes hemoderivados:

<input type="checkbox"/>	Glóbulos rojos pobres en leucocitos	<input type="checkbox"/>	Crioprecipitados	<input type="checkbox"/>	Plasma fresco congelado
<input type="checkbox"/>	Plaquetas estándar	<input type="checkbox"/>	Plaquetas por aféresis	<input type="checkbox"/>	Otro: _____

¿Qué es? Es un trasplante de un tejido líquido, la sangre. Se realiza a través de la administración de cualquiera de sus componentes (glóbulos rojos, plasma, plaquetas, Crioprecipitados) con el fin de reponer su pérdida o el déficit en su producción. **¿Para qué sirve?** La transfusión de sangre salva vidas. En los casos indicados, repone de manera individualizada, cualquiera de los componentes sanguíneos cuya deficiencia está causando enfermedad o amenaza la vida del paciente. Es posible que, si no se hace la transfusión, el paciente puede agravar su estado de salud o incluso morir. Sin embargo, el paciente o su representante legal tienen el derecho de rechazar el procedimiento.

¿Qué riesgos tiene? La sangre y sus hemocomponente son productos terapéuticos derivados de personas que se acercan a donar su sangre. Lo hacen de manera voluntaria y sin recibir nada a cambio. Es importante mencionar que las reacciones adversas transfusionales no son frecuentes, que la gran mayoría de los pacientes no presenten ninguna reacción adversa al ser transfundidos y que en general, los beneficios superan los riesgos, pero no se debe olvidar que siempre, y a pesar que se tomen todas las medidas de seguridad y calidad existentes, habrá un riesgo, una de las reacciones más frecuentes es de tipo alérgico. Los riesgos de la transfusión son de dos tipos: infecciosos o inmunológicos. En el primer caso, a pesar que los bancos de sangre hacen las pruebas obligatorias como HTVL para detectar el virus del VIH y otras más para identificar donantes con hepatitis B y C, sífilis y Enfermedad de Chagas; dado el tipo de pruebas disponibles en el mercado para bancos de sangre, es posible que algunos donantes infectados no sean detectados y transmitan la infección. Por otra parte, las características biológicas propias del donante y del receptor hacen probables los riesgos inmunológicos y se relacionan con la posibilidad que el paciente-receptor tenga problemas respiratorios, renales, cardiovasculares y alérgicos posteriores a la transfusión.

Otros riesgos están relacionados con el proceso de transfusión los cuales son monitorizados frecuentemente para evitar su materialización como son:

- Administración del hemocomponente equivocado
- Administración del hemocomponente, con grupo sanguíneo y hemoclasificación no compatible con el paciente.
- Transfusión Sanguínea contaminada

Comprendo los riesgos que el médico me ha descrito y que dichos riesgos existen a pesar de que los componentes sanguíneos que serán administrados han sido preparados y evaluados de acuerdo con los estándares científicos actuales (transmisión de infecciones, reacciones inmunes, contaminación bacteriana, daño pulmonar, entre otros). Comprendo que en ocasiones se pueden presentar reacciones adversas a la transfusión o efectos no previsibles, que pueden implicar: manejo médico, interrupción de la transfusión e incluso, la muerte del paciente-receptor.

Riesgos de no aceptar la transfusión:

Deterioro de su condición de Salud
Complicaciones asociadas a la Patología presente
Muerte

Declaro que he sido informado por el equipo médico de los riesgos del procedimiento, que me han explicado las posibles alternativas y beneficios, con la salvedad de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Declaro que estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular toda clase de preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia, SI ☐ NO ☐ Doy mi consentimiento para la realización de los procedimientos que requiero durante la estancia arriba señalados.

Nombre completo, firma y documento del paciente, tutor o representante legal, médico y testigo

Fecha	Hora	Usuario o Tutor o representante legal*	Médico*	Testigo
		C.C.	C.C.	C.C.

*Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente, con indicación del carácter con el que interviene (esposo, padre, madre, tutor, etc.)

* El personal médico debe adicionar el número de registro contiguo a la firma

DESISTIMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

No autorizo a la realización de este procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Fecha	Hora	Usuario o Tutor o representante legal*	Médico*	Testigo
		C.C.	C.C.	C.C.

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Me permito revocar el consentimiento informado y no deseo proseguir con la realización del procedimiento autorizado con anterioridad y nombrado en la tabla inferior.

Fecha	Hora	Usuario o Tutor o representante legal*	Médico*	Testigo
		C.C.	C.C.	C.C.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Referente de seguridad del paciente	Coordinación de calidad nacional	Gerente general

[illegible]