

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS LÁBILES

(Ley 21/2000 de 29 de diciembre; DOGC nº. 3303 del 11 de enero del 2001)

El/La doctor/a: _____
me ha explicado que para el tratamiento de mi enfermedad es indispensable la transfusión de sangre y/o hemoderivados, así como sus riesgos y posibles complicaciones. También me ha explicado la ausencia de posibilidades terapéuticas alternativas para el mismo fin. Soy consciente que puedo revocar mi consentimiento a una transfusión de componentes sanguíneos en cualquier momento.

Por ello: ☐ **DOY** ☐ **NO DOY**
mi consentimiento informado para recibir una transfusión.

Paciente*:

Nombre y apellidos: _____

Firma: _____

D.N.I.: _____

Médico:

Nombre y apellidos: _____

Firma: _____

Nº Col.: _____

Testigo:

Nombre y apellidos: _____

Firma: _____

D.N.I.: _____

En _____, _____ de _____ de _____

* En caso de incapacidad del paciente, firma del familiar/tutor legal haciendo constar nombre, apellidos y D.N.I.