

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_/\_\_/\_\_

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre la transfusión de componentes sanguíneos que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarle a su médico le ayude, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

**INFORMACIÓN SOBRE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS**

**La Transfusión Sanguínea**, la indica su médico tratante luego de evaluar el beneficio frente a los riesgos que conlleva la transfusión en su caso particular, considerando que si no se transfunde los problemas que podrían sucederles son muy superiores a los riesgos que en teoría pueden aparecer con la transfusión. No obstante, usted como paciente o como responsable legal ya informado, tiene derecho a conocer estos riesgos y a decidir por si acepta la transfusión o no.

**La transfusión consiste en la administración** de algunos de los componentes de la sangre como glóbulos rojos, plasma, plaquetas o crioprecipitados, a los pacientes que lo necesiten. Se administra a través de una vena del paciente como si fuera suero.

Los productos que recibirá provienen de uno o más donantes sanos, los cuales previo a donar su sangre han sido sometidos a una entrevista por profesional capacitado. La selección de estos donantes se realiza bajo criterios estrictos normados por el ministerio de salud.

Por el acto de donar no se recibe compensación económica y la sangre obtenida se estudia cuidadosamente con los exámenes que exige la legislación vigente.

**A la sangre donada se le realizan exámenes** para Virus de Inmunodeficiencia Humana, Hepatitis B y C, virus HTLV I-II, Chagas y sífilis. Sin embargo, existe un periodo de ventana en el cual los exámenes de pesquisa pueden resultar falsamente negativos y si estar infectada. Lo antes expuesto puede resultar en una remota posibilidad de transmisión de infección.

Además, cualquier hemoderivado que usted pudiera recibir ha sido estudiado para que sea compatible con su grupo sanguíneo.

A pesar de la adecuada realización del procedimiento pueden presentarse **efectos indeseables, complicaciones generales** las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes, como son, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, como otros específicos del procedimiento, reacciones adversas como:

**Poco graves y frecuentes:**

- Calofríos
- Fiebre
- Rush alérgico

Estas reacciones son fácilmente manejables en el mismo lugar donde se está realizando el procedimiento.

**Poco frecuentes y graves:**

- Insuficiencia respiratoria
- Hipotensión severa
- Insuficiencia renal (IR)
- Shock anafiláctico
- Bacteremia
- Otros por lo que se requerirá de tratamiento más intensivo.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir traslado a una unidad más especializada, esto incluye un riesgo mínimo de mortalidad.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación usted debe saber que la Clínica cuenta con los medios técnicos para manejarlas.

Si usted ha sufrido reacciones adversas a transfusiones previamente le rogamos informarlo de inmediato a su médico tratante.

**No hay alternativa de tratamiento** que reemplace la transfusión de unidades de glóbulos rojos o de plaquetas, si existiendo para la transfusión de plasma y crioprecipitado, en caso de necesidad de suplementación de algunos factores de coagulación como son los concentrados de factor específico, complejo protrombínico de origen plasmático y/o recombinante.

### CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

**YO** \_\_\_\_\_ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre procedimiento de **Transfusión Sanguínea**, y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME/LE REALICE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA,** indicada por el Dr.(a)\_\_\_\_\_. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

**Completar por el Profesional**

Firma del Consentimiento:	<b>FECHA:</b> ____/____/____	<b>HORA:</b>
Procedimiento, <b>Transfusión de:</b>		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

**Completar por el Paciente o Representante Legal**

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_

(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)