

ANEXO A



Ministerio de
SALUD

ENTRE
TODOS

CÓRDOBA

VAMOS
MÁS ALTO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSION DE SANGRE Y SUS COMPONENTES

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE:		H.C:
LE/LC/DNI Nº:		
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Fecha:
Servicio de procedencia:		
Esta autorización firmada tendrá vigencia durante toda atención transfusional del paciente, desde el primer momento de provisión de la misma hasta su finalización por culminar el tratamiento o por decisión del paciente. El paciente o su representante pueden revocar este consentimiento en cualquier momento, debiendo comunicar ello por escrito. Los pacientes desde los 16 años se equiparan a un adulto a fin de expresar su consentimiento. Los pacientes adolescentes desde los 13 años hasta los 16 años (sin cumplir) deben prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores o representantes, el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico.		

Objetivo

El propósito del procedimiento al que se someterá al paciente consiste en reponer componentes de la sangre vitales, para la supervivencia del paciente (glóbulos rojos, plaquetas, plasma, etc.) o para conseguir la mejoría de su patología según le haya sido indicado por su médico tratante. Recuerde que puede efectuar todas las consultas que necesite al personal de salud que lo atenderá antes y durante el procedimiento.

Información general

La indicación de transfundir es de responsabilidad del médico y surge cuando el paciente tiene un déficit total o parcial de algunos de los distintos componentes sanguíneos. Antes de toda transfusión el médico responsable del enfermo habrá valorado el riesgo y los beneficios de dicho tratamiento.

0 8 7 9

DEPARTAMENTO DEL SISTEMA PROVINCIAL DE SANGRE
Rosario de Santa Fe N° 374 - T.E./FAX: 0351-4342437/38 Int. 224/225
Córdoba, C.P.: 5000.

Silvia María Rita Arbiles
SILVIA MARÍA RITA ARBILES
AG JEFE DE ÁREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

Dr. Francisco José Fortuna
Dr. FRANCISCO JOSE FORTUNA
MINISTRO DE SALUD



Ministerio de
SALUD

ENTRE
TODOS



CÓRDOBA

VAMOS
MÁS ALTO

Con la finalidad de prevenir posibles infecciones a través de una transfusión, estos donantes son seleccionados con criterios médicos, previa entrevista y examen físico. Toda unidad de sangre o hemoderivados que usted vaya a recibir ha sido analizada para detectar enfermedades contagiosas como HIV/SIDA, Virus de la Hepatitis B y Hepatitis C, Chagas, Sífilis, Brucelosis y HTLV-I con los exámenes que exige la Ley Nacional de Sangre N° 22.990. Debido a que algunas de estas patologías tienen un periodo de ventana serológico o de incubación, durante el cual no puede detectarse la enfermedad, existe una posibilidad de contagio. En la actualidad y gracias a las nuevas técnicas que se aplican en los bancos de sangre y además por el exhaustivo interrogatorio, los contagios son excepcionales.

Antes de la transfusión se comprueba que el derivado sanguíneo sea compatible con la sangre del paciente receptor. Todos los componentes sanguíneos se administran a través de una vena o un catéter venoso.

Riesgos de la transfusión sanguínea

A pesar de la adecuada elección del procedimiento y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados inherentes al procedimiento mismo. Además de la existencia de un riesgo mínimo de contraer: virus de Hepatitis C, virus de Hepatitis B, virus de la inmunodeficiencia humana (SIDA) y otros gérmenes aún menos frecuentes por el periodo de ventana, explicado anteriormente. El paciente puede manifestar:

- Reacciones transfusionales leves, relativamente frecuentes y de fácil tratamiento: fiebre, escalofríos, enrojecimiento de la piel, hematomas en la zona de punción, etc.
- Reacciones transfusionales graves, infrecuentes pero que suponen un gran riesgo para el paciente: hemolisis (destrucción de los glóbulos rojos), edema de pulmón, anafilaxia (reacción alérgica grave), etc.
- Las transfusiones pueden generar la producción de anticuerpos dificultando o impidiendo futuras transfusiones.

En estos supuestos, si ocurriera una complicación usted debe saber que este nosocomio cuenta con los medios técnicos para manejarlas. Si usted ha sufrido reacciones adversas a transfusiones previamente le rogamos informarlo de inmediato a su médico.

Alternativas terapéuticas

Dados los riesgos anteriormente mencionados nunca se transcribe una transfusión sin ser totalmente imprescindible. Su médico valorará si puede emplear otros recursos terapéuticos para evitar la transfusión (autotransfusión, terapia con hierro, eritropoyetina, factores de coagulación, expansores plasmáticos, etc.)

0 8 7 9

DEPARTAMENTO DEL SISTEMA PROVINCIAL DE SANGRE
Rosario de Santa Fe N° 374 - T.E./FAX: 0351-4342437/38 Int. 224/225,
Córdoba, C.P.: 5000.

SILVIA MARIA RITA ARDILES
A/C JEFE DE ÁREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

Dr. FRANCISCO JOSE FORTUNA
MINISTRO DE SALUD



Ministerio de
SALUD

ENTRE
TODOS



CÓRDOBA

¡VAMOS
MÁS ALTO

Es fundamental que el paciente comprenda que si bien tiene derecho a rechazar el tratamiento como a no continuar con el mismo luego de iniciado, en determinadas circunstancias ello podría comprometer seriamente su salud y su vida. No dude en solicitar más información a su médico tratante. Si después de leer detenidamente este documento desea más información o tiene alguna duda, consulte a su médico, quién le atenderá con mucho gusto.

FIRME Y COMPLETE LA/S SECCIONES QUE CORRESPONDA/N SEGÚN SU CASO, en caso de duda, antes de suscribir el presente formulario, consulte cual es la sección correspondiente a su situación particular:

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE (mayor de 18 años, o desde los 16 años cumplidos, o adolescentes de 13 años cumplidos a 16 años sin cumplir, los que requerirán asentimiento de sus progenitores o representantes)

HABIENDO leído y comprendido el presente "consentimiento informado para transfusión de sangre y sus componentes" doy mi consentimiento para la realización del tratamiento transfusional que indicare mi médico tratante, conforme luce en mi historia clínica.

Fecha:

Firma del paciente:

REPRESENTANTES (pacientes de hasta 13 años de edad sin cumplir o incapaces o personas con capacidad restringida conforme sentencia)

Habiendo leído y comprendido el presente "consentimiento informado para transfusión de sangre y sus componentes" doy mi consentimiento para la realización del tratamiento transfusional que indicare el médico tratante del paciente, conforme luce en su historia clínica.

Sr/Sra.:

DNI:

Motivo de la Representación:

Firma:

Sr/Sra. (segundo progenitor / otro)

DNI:

Motivo de la Representación:

Firma:

Fecha:

0 8 7 9

DEPARTAMENTO DEL SISTEMA PROVINCIAL DE SANGRE
Rosario de Santa Fe N° 374 - T.E./FAX: 0351-4342437/38 Int. 224/225
Córdoba, C.P.: 5000

SILVIA MARIA RUIZ ARDILES
A/C JEFE DE ÁREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

Dr. FRANCISCO JOSE FORTUNA
MINISTRO DE SALUD



Ministerio de
SALUD

ENTRE
TODOS



CÓRDOBA

VAMOS
MÁS ALTO

Firma del paciente, si posee madurez para comprender:

CASOS DE EMERGENCIA – Profesional Médico: Debido a la condición clínica del paciente, o que ésta constituye una amenaza vital, no he proporcionado al paciente la información suficiente para ser considerada como Consentimiento Informado y desconozco la existencia de directivas anticipadas al respecto, y he procedido a ordenar la administración de sangre o de hemoderivados indicados.

Fecha:

Firma del médico:

CASOS DE EMERGENCIA – paciente que se encuentra absolutamente imposibilitado para expresar su voluntad al tiempo de la Transfusión:

Debido a la condición clínica del paciente, no he podido requerir consentimiento del mismo ni transmitirle la información brindada por el médico tratante, quien me indica como necesaria la realización de una transfusión de sangre y sus componentes, y desconozco la existencia de directivas anticipadas al respecto, no obstante lo cual autorizo la realización de la misma en mi carácter de legitimado para adoptar dicha decisión.

Fecha:

Firma del Legitimado para decidir:

Vínculo / relación con el paciente:

08791

DEPARTAMENTO DEL SISTEMA PROVINCIAL DE SANGRE
Rosario de Santa Fe N° 374 - T.E./FAX: 0351-4342437/38 Int. 224/225
Córdoba, C.P.: 5000.

SILVIA MARIA RITA ARDILES
A/C JEFE DE ÁREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

Dr. FRANCISCO JOSE FORTUNA
MINISTRO DE SALUD



DEPARTAMENTO DEL SISTEMA
PROVINCIAL DE SANGRE

Ministerio de
SALUD

**ENTRE
TODOS**



CÓRDOBA

**VAMOS
MÁS ALTO**

ASENTIMIENTO A PACIENTES desde los 13 años hasta los 16 años (sin cumplir) - habiendo leído y comprendido el presente "consentimiento informado para transfusión de sangre y sus componentes" doy mi asentimiento al consentimiento brindado por el paciente para la realización del tratamiento transfusional que le indicare el médico tratante, conforme luce en su historia clínica.

Sr/Sra.:

DNI:

Motivo de la Representación:

Firma:

Sr/Sra. (segundo progenitor / otro)

DNI:

Motivo de la Representación:

Firma:

DIRECTIVAS ANTICIPADAS: en mi carácter de paciente / representante / legitimado hago saber a los agentes de salud intervinientes que en mi / su Historia Clínica obran incorporadas Directivas Anticipadas a las cuales deberán remitirse para el caso de que tan luego de iniciado el procedimiento de transfusión, no pudiere expresarse la voluntad del paciente.

Fecha:

Firma:

Vínculo / relación con el paciente:

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Habiendo sido debidamente informado de las consecuencias de revocar el consentimiento oportunamente brindado, entre las cuales se encuentra el poner en peligro la salud y la vida, **REVOCO** el consentimiento prestado para realizar tratamiento transfusional o sus alternativas.

Nombre del paciente o representante legal:

D.N.I.:

0 8 7 9 1

Firma:

DEPARTAMENTO DEL SISTEMA PROVINCIAL DE SANGRE
Rosario de Santa Fe N° 374 - T.E./FAX: 0351-4342437/38 Int. 224/225
Córdoba, C.P.: 5000
SILVIA MARIA RITA ARDILES
A/C JEFE DE ÁREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

Dr. FRANCISCO JOSE FORTUNA
MINISTRO DE SALUD



Ministerio de
SALUD

**ENTRE
TODOS**



CÓRDOBA

**VAMOS
MÁS ALTO**

Fecha:

Sr/Sra. (segundo progenitor / otro)

DNI:

Motivo de la Representación:

Firma:

0 8 7 9

DEPARTAMENTO DEL SISTEMA PROVINCIAL DE SANGRE
Rosario de Santa Fe N° 374 - T.E./FAX: 0351-4342437/38 Int. 224/225
Córdoba, C.P.: 5000

SILVIA MARIA RITA ARDILES
A/C JEFE DE ÁREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

Dr. FRANCISCO JOSE FORTUNA
MINISTRO DE SALUD



Ministerio de
SALUD

**ENTRE
TODOS**



**VAMOS
MÁS ALTO**

DISCORDANCIA ENTRE REPRESENTANTES:

En mi carácter de (cargo/función en el equipo de salud transfusional) hago constar por la presente que en el día de la fecha se produjo una discordancia entre la voluntad del paciente (mayor de 13 años pero menor de 16) y la de sus representantes / entre las voluntades de los representantes (pacientes menores de 13 años / incapaces / representantes) / legitimados, la cual detallo a continuación:

Firma del profesional:

Firma del paciente:

Firma de los representantes / legitimados:

0879

DEPARTAMENTO DEL SISTEMA PROVINCIAL DE SANGRE
Rosario de Santa Fe N° 374 - T.E./FAX: 0353-4342437/38 Int. 224/225
Córdoba, C.P.: 5000
SILVIA MARIA RITA ARDILES
A/C JEFE DE ÁREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

Dr. FRANCISCO JOSE FORTUNA



Ministerio de
SALUD

**ENTRE
TODOS**



CÓRDOBA

**VAMOS
MÁS ALTO**

Si desea realizar alguna observación en particular utilice el Anexo I:

ANEXO I

Firma:

Fecha:

0879

Silvia Maria Rita Ardiles
SILVIA MARIA RITA ARDILES
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

Dr. Francisco Jose Fortuna
Dr. FRANCISCO JOSE FORTUNA
MINISTRO DE SALUD

DEPARTAMENTO DEL SISTEMA PROVINCIAL DE SANGRE
Rosario de Santa Fe N° 374 - T.E./FAX: 0351-4342437/38 Int. 224/225
Córdoba, C.P.: 5000.