

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA LA REALIZACIÓN DE AUTOTRANSFUSIÓN

Nº HISTORIA

Don/Doña de años de edad.
(Nombre y dos apellidos del paciente)
con domicilio en y D.N.I. nº

Don/Doña de años de edad.
(Nombre y dos apellidos)
con domicilio en y D.N.I. nº.....
en calidad de de
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DECLARO

Que el DOCTOR/A
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)
me ha explicado que considera médicamente conveniente para mi caso concreto el entrar en el programa de autotransfusión que incluye la realización de una o más extracciones de autodonación.

OBTENCIÓN DE UNA AUTOTRANSFUSIÓN

Me ha informado que este procedimiento tiene como principal objetivo donar la propia sangre para recibirla más adelante, por lo general con motivo de una intervención quirúrgica programada. Este proceso evita el riesgo de adquirir enfermedades infecciosas, ya que se transfunde la propia sangre y no la de otras personas, y reduce la posibilidad de presentar otras complicaciones asociadas a la transfusión convencional. El proceso de donación es exactamente igual al de una donación de sangre convencional. Para que el proceso sea óptimo, el sanitario responsable del Servicio de Transfusión me hará una entrevista para valorar si existen contraindicaciones para realizar la donación.

Después programará el calendario de donaciones, ya que puedo necesitar más de una donación para recoger la cantidad de sangre prevista en función de la intervención. Para regenerar la sangre donada me prescribirán un tratamiento con suplementos de hierro durante este proceso.

También me ha justificado las razones generales y particulares por las que este tratamiento puede resultar beneficioso para mi salud. En esencia, la posibilidad de recibir transfusiones de mi propia sangre durante el procedimiento quirúrgico que me han programado, evitando los riesgos derivados de recibir sangre de donantes anónimos. Asimismo, me ha aclarado que la única posible alternativa a la autotransfusión es la transfusión de sangre procedente de donante y que los riesgos que pueden derivarse de recibir una o más transfusiones de donantes anónimos son la transmisión de enfermedades infecciosas y otras complicaciones relacionadas con la transfusión convencional. Estos riesgos, a pesar de muy poco frecuentes, pueden suceder, mientras que con la autotransfusión son casi inexistentes.

También me ha informado que el tratamiento no está exento de posibles efectos secundarios y me ha explicado que son los mismos que se pueden presentar cuando se realiza una donación de sangre convencional:

- hematoma en la zona de punción,
- sensación de cansancio debido a la frecuencia de las extracciones,
- excepcionalmente, descenso de la tensión arterial (hipotensión), palidez, sudación e incluso pérdida de consciencia.
- efectos secundarios derivados de la toma de hierro antes y después de la autodonación como son: estreñimiento, gastritis, diarrea y otros efectos de los que me ha advertido mi médico.

También he sido informado/a sobre la posibilidad de que las unidades de sangre extraídas no puedan ser transfundidas si la intervención quirúrgica se pospusiera más allá de un tiempo límite de conservación. De igual modo pueden no ser administradas si finalmente no se considera necesaria la autotransfusión.

Asimismo, me ha explicado que, en mi caso particular, teniendo en cuenta mis circunstancias personales (edad, estado previo de salud, sexo, raza, profesión, credo religioso, etc.), existen los siguientes riesgos adicionales:

RIESGOS PERSONALIZADOS

(Rellenar, si procede, con riesgos particulares que se presuman debido a condiciones personales o médicas concretas del paciente).

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO

Todas estas condiciones han sido valoradas por mi médico antes de someterme a este procedimiento. Me ha aclarado que se harán todas las pruebas y se adoptarán todas las medidas necesarias para que los riesgos descritos se reduzcan al máximo. También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que se me propone. He comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el facultativo que me ha atendido me ha dado la oportunidad de formular todas las observaciones que he considerado oportunas, y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo adecuadamente el alcance y los riesgos del procedimiento objeto de este consentimiento.

Y en tales condiciones:

CONSIENTO

Que se me realice el procedimiento de AUTOTRANSFUSIÓN

En (Lugar y fecha)

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El representante legal, familiar o allegado

REVOCACIÓN

Don/Doña de años de edad.
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en y D.N.I. nº

Don/Doña de años de edad
(Nombre y dos apellidos)

con domicilio en y D.N.I. nº

en calidad de de

(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....(Lugar y fecha)

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El representante legal, familiar o allegado

Este modelo se basa en las recomendaciones de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA y de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA.

Ley de Protección de datos: En cumplimiento de lo establecido en la Ley / Orgánica 15/99, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y que tiene por objeto garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar, le informamos que los datos personales que durante nuestra atención nos ha proporcionado, serán utilizados con el único fin de prestarle los servicios médicos, diagnósticos y terapéuticos necesarios para su salud. Estos datos serán considerados confidenciales y protegidos con alto nivel de seguridad, siendo incorporados a los ficheros de este centro registrados en la AEPD. La dirección garantiza la confidencialidad de los datos personales objetos de tratamiento y se le informa que las personas involucradas en el tratamiento están obligadas al secreto profesional. En ningún caso se cederán los datos a un tercero a excepción de su compañía aseguradora a la que puede ser necesario prestar parte de los mismos con el fin de cumplimentar los servicios administrativos de la facturación del servicio prestado. Asimismo, le informamos que Ud. puede ejercitar sus derechos de consulta, acceso, rectificación, cancelación y oposición al Responsable del tratamiento de datos, en las instalaciones de nuestro Centro, quien actuará en consecuencia dentro de los plazos estipulados en la mencionada Ley.