Hospital viamed Santa Elena

hemomadrid

Servicio de Transfusión
Hematología

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

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 es médicamente conveniente para mi caso concreto recibir el siguiente tratamiento:

TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS (glóbulos rojos, plaquetas y/o plasma)

Finalidad: Reponer los componentes de la sangre deficitarios y que pueden ser vitales para la supervivencia del paciente (glóbulos rojos, plaquetas, plasma, etc.). Los glóbulos rojos en caso de anemia grave. Las plaquetas en caso de cifras bajas de plaquetas que puedan suponer sangrado vital o riesgo del mismo. El plasma en caso de algún problema de coagulación que pueda asociarse a sangrado vital o riesgo del mismo.

Descripción del proceso: Todos los componentes sanguíneos se administran a través de una vena o un catéter venoso. Antes de toda transfusión el médico responsable del enfermo habrá valorado el riesgo y los beneficios de dicho tratamiento Con la finalidad de prevenir posibles infecciones a través de una transfusión, la sangre y sus componentes se obtienen de donantes voluntarios y altruistas. Estos donantes responden a un cuestionario sobre su estado de salud y son sometidos a una exploración médica antes de donar. En todos los componentes sanguíneos obtenidos se efectúan análisis para descartar la existencia de enfermedades que se contagian por la sangre. Finalmente, antes de la transfusión se comprueba que el derivado sanguíneo sea compatible con la sangre del enfermo mediante la realización de las pruebas pretransfusionales.

Efectos secundarios: La transfusión se suele tolerar sin ningún problema en la mayor parte de las ocasiones. No obstante, a pesar de todas las precauciones mencionadas, toda transfusión comporta un mínimo riesgo (inferior a 1 por cada 60.000 transfusiones) de contraer: virus de la hepatitis C, virus de la hepatitis B, virus de la inmunodeficiencia humana (SIDA) y otros virus aún menos frecuentes. Ello es debido a que existe una primera fase de la enfermedad infecciosa, llamada periodo ventana, durante la cual existen agentes infecciosos en la sangre que no son detectables y por tanto pueden transmitir la enfermedad. Los efectos secundarios más frecuentes son muy leves y fácilmente tratables (fiebre, escalofríos, etc.). Pero siempre existe el riesgo de sufrir alguna reacción transfusional grave. Entre ellas, el rechazo de la transfusión con la destrucción de los glóbulos rojos (hemólisis), el edema de pulmón, la anafilaxia (reacción alérgica grave), etc. Las reacciones transfusionales graves son excepcionales, pero pueden suponer un gran riesgo para el paciente incluyendo la muerte (situación excepcional).

Alternativas terapéuticas Dados los riesgos anteriormente mencionados nunca se prescribe una transfusión sin ser totalmente imprescindible. Su médico habrá valorado si puede emplear otros tratamientos para evitar la transfusión (autotransfusión, terapia con hierro, expansores plasmáticos, fármacos, etc.) que a su vez pueden tener efectos secundarios. La negativa a ser transfundido puede comprometer seriamente su vida en determinadas circunstancias.

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 tratamiento de TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

FECHA:

FIRMA Médico | FIRMA Paciente | FIRMA 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.

De conformidad con lo establecido en la normativa vigente en Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos serán incorporados al sistema de tratamiento titularidad de BAPRISÁN SL con CIF B78800489 y domicilio social sito en C/ La Granja, 8 28003, Madrid, con la finalidad de captación, registro y tratamiento de datos de carácter personal de pacientes con el objeto de evaluar su estado de salud, prestarle el servicio de atención sanitaria y gestionar su historial clínico. En cumplimiento con la normativa vigente, BAPRISÁN SL informa que los datos serán conservados durante plazo legal establecido. A su vez, le informamos que puede contactar con el Delegado de Protección de Datos de BAPRISÁN SL, dirigiéndose por escrito a la dirección de correo dpo.cliente@conversia.es o al teléfono 902877192. De acuerdo con los derechos que le confiere la normativa vigente en protección de datos podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, limitación de tratamiento, supresión, portabilidad y oposición al tratamiento de sus datos de carácter personal así como del consentimiento prestado para el tratamiento de los mismos, dirigiendo su petición a la dirección postal indicada más arriba o al correo electrónico info@hemomadrid.com. Podrá dirigirse a la Autoridad de Control competente para presentar la reclamación que considere oportuna. En último lugar, BAPRISÁN SL informa que con la firma del presente documento otorga el consentimiento explícito para el tratamiento de los datos mencionados anteriormente.