



Osakidetza

**SAN ELOY OSPITALEA
HOSPITAL SAN ELOY**

Nombre:

Apellido 1:

Apellido 2:

Nº Historia Clínica:

HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TRANSFUSIÓN SANGUINEA

INFORMACIÓN GENERAL

Durante su ingreso hospitalario puede ser necesaria la transfusión de sangre y otros hemoderivados, como plaquetas y plasma, bien porque se precise durante una intervención quirúrgica, o bien porque tenga una enfermedad en la que se necesiten transfusiones.

Cuando su médico ha decidido ponerle sangre u otro producto sanguíneo es porque ha sopesado el beneficio de hacerlo frente a los riesgos que conlleva la transfusión, considerando, en este caso, que si no se pusiera la sangre, los problemas que podrían sucederle son muy superiores a los riesgos que en teoría pueden aparecer con la transfusión. No obstante, usted como paciente, tiene derecho a conocer estos riesgos y a decidir por sí mismo/a si acepta ponerse sangre o no, o si hay alguna otra alternativa.

EN QUÉ CONSISTE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

La transfusión consiste en la administración de sangre humana o alguno de sus componentes como plasma o plaquetas, a los pacientes que lo precisen. Se administra a través de una vena del paciente como si fuera suero. También cabe la posibilidad de que durante el procedimiento haya que realizar modificaciones del mismo.

RIESGOS TRANSFUSIONALES INHERENTES A LA RECEPCIÓN DE SANGRE

A pesar de la adecuada elección del procedimiento y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados del mismo y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad ...), y los específicos del procedimiento:

- La sangre de este Banco procede de donantes altruistas que son más seguros que los retribuidos e incluso que los familiares, pues no están sometidos a ninguna presión y no tienen necesidad de mentir en el interrogatorio previo a la donación. Además, al haber donado en múltiples ocasiones, han sido controlados reiteradamente.
- La sangre del donante es de un grupo compatible con la del enfermo. Previamente a su administración se "CRUZAN" ambas; es decir, se enfrentan una contra la otra para comprobar que son compatibles.
- Se hacen las pruebas del SIDA (HIV I y II), Marcadores de Hepatitis B y C y pruebas de Sífilis. A pesar de ello existe un riesgo de contagio por millón de transfusiones de 2 contagios de HIV (SIDA), 3-4 contagios de Hepatitis B y 7 contagios de Hepatitis C.
- Hay un riesgo pasajero de escalofríos, fiebre y reacciones urticariales, sobre todo si se han recibido múltiples transfusiones previas.
- En su conjunto los riesgos asociados a recibir sangre son mucho menores que los que pudieran derivarse del agravamiento de su dolencia por no recibir la transfusión indicada por el médico.
- Su médico debe informarle de la importancia de la transfusión, para el tratamiento de su enfermedad.

QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY

La AUTOTRANSFUSIÓN. Si va a someterse a una cirugía programada en la que pueda necesitarse sangre, se encuentra bien de salud y lo hace con la suficiente antelación, es posible que pueda donar su propia sangre en un procedimiento que se denomina **autotransfusión**. Así dispondría de sus propias bolsas de sangre por si fueran necesarias durante la intervención. Actualmente, no existen otras alternativas a las transfusiones de sangre exceptuando el empleo de la eritropoyetina en los enfermos renales.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el médico, de los aspectos más importantes de la prueba y/o procedimiento que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de la misma, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada actuación y de las alternativas a esta técnica. Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes, a los médicos que me atienden. Sé, por otra parte, que se me asignará el facultativo que, dentro de las circunstancias del equipo médico en el día de la actuación, sea el más adecuado para mi caso.

Tras todo ello, doy mi **CONSENTIMIENTO** para que se me realice la prueba y/o procedimiento arriba descrito, así como para que durante el mismo, el/la facultativo tome las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

En el caso de que, durante la realización, el/la facultativo encuentre aspectos de mi enfermedad que le exijan o le aconsejen modificar el procedimiento inicialmente proyectado, podrá hacerlo de la manera que mejor convenga a mi salud, advirtiéndoselo a mi familia o, en su ausencia, tomando la decisión por él mismo. Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En _____ a _____ de _____ de _____.

Firma del paciente

Firma del médico

Fdo.: _____

Fdo.: _____

D/D^a _____ con D.N.I. nº _____
y en calidad de _____, es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

Firma del tutor o familiar

Fdo.: _____

Por la presente, **ANULO** cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma. Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

Firma del tutor o familiar

Fdo.: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Ley Orgánica para la Protección de Datos de Carácter Personal

OSAKIDETZA, en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, informa que los datos personales que Vd. aporta en este acto como consentimiento de la prueba y/o procedimiento arriba descrito, serán incluidos en el fichero GESTIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS, cuya finalidad es la ASISTENCIA SANITARIA y su órgano responsable es la GERENCIA DEL HOSPITAL SAN ELOY. Si lo desea puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose al Servicio de Atención al Paciente y Usuario (S.A.P.U) del Hospital San Eloy en la siguiente dirección: Avda. A. Miranda, 5 (48902 – Barakaldo).