

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN/CONSENTIMIENTO/RECHAZO DE TRANSFUSIÓN

DOCUMENTACIÓN DE LA NOTIFICACIÓN AL PACIENTE POR PARTE DEL MÉDICO QUE REALIZA LA TRANSFUSIÓN EN RELACIÓN CON LA TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES DE SANGRE/PRODUCTOS RELACIONADOS

CONVERSACIÓN: Se le debe explicar al paciente que se menciona arriba (o al sustituto): (a) la orden de transfusión; (b) los beneficios posibles; (c) los riesgos (incluso, entre otras cosas, lo siguiente y lo que se enumera en la tabla a continuación, así como otros riesgos aún desconocidos): reacción a la transfusión; infección, enfermedad de VIH, hepatitis C, hepatitis B, infecciones por el virus linfotrópico humano de células T I/II (HTLV-I/II); otros efectos perjudicial aún desconocidos y la posibilidad de un efecto secundario fatal; (d) las alternativas: donación autóloga prequirúrgica (del paciente para sí mismo), donación dirigida (p. ej., de parte de amigos y familiares, para un paciente específico), sangre recuperada intra o posquirúrgica, agentes para estimular la producción de glóbulos rojos, si fuera apropiado (p. ej., hierro, eritropoyetina, ácido fólico, vitamina B12), expansores de volumen (p. ej., cristaloides, albúmina), agentes hemostáticos; (e) los riesgos de no realizar una transfusión (incluso, entre otros, un shock, ataque e insuficiencia cardíaca, derrame cerebral, paro respiratorio, sangrado y muerte); (f) la necesidad posible de realizar múltiples transfusiones; (g) el hecho de que la decisión de someterse a una transfusión le corresponde exclusivamente al paciente. Asimismo, en caso de proponerse la transfusión de un producto no aprobado para la indicación, se debe explicar el estado "fuera del uso indicado en la etiqueta" de la transfusión, así como todos los puntos antes mencionados, en referencia específica al producto.

RIESGOS DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA POR UNIDADES TRANSFUNDIDAS*

Urticaria (prurito con picazón)	1:500	Infección por hepatitis B	1:63,000
Fiebre con o sin escalofríos	1:1,000-1:10,000	Infección por hepatitis C	1:1.6 millones
Lesión pulmonar aguda	1:5,000 > 1:100,000	Infección por HIV	1:1.9 millones
Incompatibilidad de grupo sanguíneo ABO	1:38,000	Contaminación bacteriana:	
Hemólisis, fatal	1:250,000-1:600,000	Plaquetas	1:900-1:2,000
Infección por HTLV	1.651,000	Glóbulos rojos	<1:1,000,000
		Todos los otros**	<1:1,000,000

*Estas estadísticas no se aplican a los derivados del plasma, por ejemplo, la albúmina. Consultar los prospectos para conocer los efectos secundarios de estos.

**Incluye: enfermedades infecciosas, como la malaria, la fiebre del Nilo Occidental, la infección por citomegalovirus, la enfermedad de Chagas; situaciones en las que los factores del paciente son críticos, como la enfermedad de injerto contra huésped (los linfocitos transfundidos atacan los tejidos del receptor), y otros eventos, como la sobrecarga de volumen, la hiperpotasemia (alto nivel de potasio), la hipotermia (disminución de la temperatura corporal), la supresión inmunitaria (disminución de la resistencia a las infecciones y a los tumores).

He conversado todo lo anterior con el paciente/sustituto. El paciente/sustituto tuvo la oportunidad de hacer preguntas sobre la(s) transfusión(es) propuesta(s) y yo he respondido dichas preguntas. El paciente/sustituto también expresó verbalmente que entendió la información proporcionada.

Comprendo que deberé documentar las conversaciones relacionadas con cualquier negativa a la transfusión en las notas de progreso del expediente del paciente y, además, completando este formulario.

COMENTARIOS: _____

FIRMA DEL MÉDICO ENCARGADO DE LA TRANSFUSIÓN
 (puede ser cualquier médico que atiende al paciente)

Fecha

NOMBRE DEL MÉDICO ENCARGADO DE LA TRANSFUSIÓN
IDENTIFICACIÓN DEL HOSPITAL

NÚMERO DE

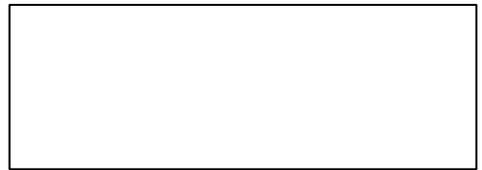
NOTA: La firma del médico que habla sobre la transfusión con el paciente es **obligatoria**. Se debe colocar en la línea para firmas de arriba que corresponde al médico encargado de la transfusión.

VER AL DORSO
 LADO I (frente)



SD002N

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN/CONSENTIMIENTO/RECHAZO DE TRANSFUSIÓN



PARTE I. CONSENTIMIENTO:

- A. Yo, _____ (NOMBRE DEL PACIENTE O DEL SUSTITUTO), doy mi consentimiento para que se realice una transfusión de sangre y productos sanguíneos a _____ (NOMBRE DEL PACIENTE), por parte del médico que se menciona a continuación o de quienes actúen bajo su dirección. El/La Dr/a. ____ me ha explicado los motivos para y la posibilidad de llevar a cabo múltiples transfusiones, así como los riesgos, los beneficios y las alternativas. Se me dio la oportunidad de hacer preguntas. No se me han dado ninguna garantía acerca de la calidad de la sangre y de los productos sanguíneos administrados.
- B. Yo, _____ (NOMBRE DEL PACIENTE O DEL SUSTITUTO), doy mi consentimiento para la transfusión fuera del uso indicado en la etiqueta de _____ (PRODUCTO) a _____ (NOMBRE DEL PACIENTE), por parte del médico que se menciona a continuación o de quienes actúen bajo su dirección. El/La Dr/a. _____ me ha explicado el significado de "fuera del uso indicado en la etiqueta", los motivos para y la posibilidad de llevar a cabo múltiples transfusiones, así como los riesgos, los beneficios y las alternativas. Los riesgos incluyen, entre otros _____

PARTE II. RECHAZO Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD:

- A. Yo, _____ (NOMBRE DEL PACIENTE O DEL SUSTITUTO), rechazo toda la sangre y los productos sanguíneos para _____
- B. Yo, _____ (NOMBRE DEL PACIENTE O DEL SUSTITUTO), acepto únicamente los productos sanguíneos que se marcan a continuación para _____ (NOMBRE DEL PACIENTE)

<p>Homóloga (de otras personas):</p> <input type="checkbox"/> Donación dirigida de glóbulos rojos empacados <input type="checkbox"/> Sangre completa almacenada <input type="checkbox"/> Glóbulos rojos empacados almacenados <input type="checkbox"/> Glóbulos blancos almacenados <input type="checkbox"/> Plaquetas almacenadas <input type="checkbox"/> Plasma almacenado <input type="checkbox"/> Crioprecipitado almacenado	<input type="checkbox"/> Productos que contienen albúmina <input type="checkbox"/> Concentrado de albúmina <input type="checkbox"/> Inmunoglobulinas <input type="checkbox"/> Concentrados de factores de coagulación <input type="checkbox"/> Otro	<p>Autóloga (del mismo paciente):</p> <input type="checkbox"/> Sangre completa almacenada <input type="checkbox"/> Glóbulos rojos empacados almacenados <input type="checkbox"/> Recuperación intraquirúrgica <input type="checkbox"/> Recuperación posquirúrgica <input type="checkbox"/> Hemodiálisis <input type="checkbox"/> Equipo corazón-pulmón <input type="checkbox"/> Hemodilución
--	---	---

El motivo del rechazo o de la aceptación limitada de los productos sanguíneos es _____ (opcional para especificar más arriba).

- Acepto (para mí o para el paciente), y solicito, una administración no sanguínea alternativa para incrementar o conservar la sangre, para evitar o minimizar la pérdida de sangre, para reponer el volumen circulatorio perdido o para detener la hemorragia.
- Comprendo que debido a la falta de administración de sangre o de hemoderivados puede ocurrir la pérdida de la vida o la falta de recuperación de mi(s) afección(es) médica(s) (o la(s) del paciente), o el riesgo de contraer afecciones adicionales, incluso, entre otras, shock, ataque e insuficiencia cardíaca, derrame cerebral, paro respiratorio, muerte o sangrado.
- Personalmente, asumo (para mí o el paciente) los riesgos y las consecuencias de esta negativa y eximo al médico que me trata, a sus asistentes, al personal de enfermería, al estado de Nueva York, al Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Estatal de Nueva York (State University of New York Health Science Center) de Brooklyn y al personal de toda responsabilidad por cualquier efecto perjudicial o resultado adverso que pueda resultar de la falta de administración de sangre o hemoderivados, a pesar de su cuidado, de otro modo, competente. Esta directiva será vinculante para mis herederos, albaceas o agentes designados (o los del paciente).

Y

PARTE III. FIRMAS:

Los pacientes menores de 18 años, con capacidad de entender, deben firmar en el espacio provisto abajo, a la derecha, para el consentimiento para menores. Un sustituto, es decir, el padre/la madre o el tutor legal de cualquier paciente menor de 18 años, también debe firmar e indicar su relación en el espacio provisto para el sustituto. Un sustituto debe firmar por cualquier paciente mayor de 18 años que no tenga capacidad de comprensión.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE - CONSENTIMIENTO PARA MENOR

Si la persona que otorga o rechaza el consentimiento no es el paciente:

FIRMA DEL SUSTITUTO Y RELACIÓN CON EL PACIENTE

TESTIGO: No debe firmar por un empleado del centro que no sea el proveedor de cuidado médico principal del paciente o quien

prescribe esta terapia. (El personal de enfermería y otros empleados pueden ser testigos del presente consentimiento).
He sido testigo de que el paciente, u otra persona que corresponda, ha firmado de manera voluntaria este formulario:

Nombre del testigo (en letra de imprenta)

Firma

Fecha

A firmar por el intérprete/traductor si el paciente necesitó dicha ayuda.

A mi leal entender, el paciente comprendió lo que se interpretó/tradujo y firmó de manera voluntaria este formulario:

Nombre del intérprete/traductor (en letra de imprenta)

Firma

Fecha

Sd002N

LADO II (reverso)

