


Código: FDX-029	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACION DE COMPONENTES SANGUINEOS	
Versión N° 2		
Vigente desde 02-09-2022		

Nombres:		Apellidos:	
No. De HC:		Entidad:	

Este documento tiene como finalidad informarlo para que usted pueda consentir o rechazar la administración de componentes sanguíneos.

Como paciente, usted tiene derecho a que se le informe sobre la administración de componentes sanguíneos para que una vez conocidos los beneficios, riesgos y peligros potenciales usted pueda autorizar o no la administración de los componentes.

Declaro que he sido informado que puedo necesitar la administración de uno o varios componentes sanguíneos ahora o en el futuro. La administración de componentes sanguíneos incluye:

- GLOBULOS ROJOS (ayudan a transportar el oxígeno),
- PLAQUETAS (ayudan a coagular la sangre),
- PLASMA (contiene factores que ayudan a la coagulación sanguínea), CRIOPRECIPITADO (contiene factores específicos de coagulación) y
- SANGRE TOTAL (contiene todas las propiedades anteriores).

Entiendo que el origen de los componentes sanguíneos pueden ser de un donante o de mi propia sangre y que ha sido recolectada y procesada con anterioridad.


Entiendo que es posible que yo no pueda hacer donación de mi propia sangre con anterioridad, debido a mi condición médica o porque la cantidad excede el número de unidades que yo pueda donar.

Entiendo que los componentes sanguíneos antes mencionados, son en la actualidad examinados y revisados para detectar la presencia de agentes infecciosos potencialmente contagiosos de acuerdo a los estándares de calidad y procesamiento establecidos por el Ministerio de la Protección Social a través de la Red Nacional de Bancos de Sangre.

Entiendo que los métodos de monitoreos de los componentes sanguíneos donados no elimina la posible transmisión de todas las enfermedades infecciosas perjudiciales. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre este procedimiento, sus riesgos y los riesgos de usar el procedimiento.

He sido informado que la administración de componentes sanguíneos pueden ocasionar reacciones adversas, definidas como toda respuesta anormal que presenta en el receptor de un componente sanguíneo, durante o con posteridad a la transfusión, tales como:

- Fiebre con o sin escalofrío
- Escalofrío con o sin fiebre
- Alteración de la función renal
- Dolor en el sitio de infusión o en el tórax, abdomen o flancos
- Modificación de la tensión arterial
- Dificultad respiratoria
- Alteraciones cutáneas como prurito, urticaria, edema localizado o generalizado.
- Náuseas con o sin vómitos
- Cambios del color de la orina
- Transmisión de infecciones
- Anafilaxis. Paro cardíaco

Código: FDX-029	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACION DE COMPONENTES SANGUINEOS	
Versión N° 2		
Vigente desde 02-09-2022		

He sido informado que puedo deshacer este consentimiento y que la revocación de este, puede afectar el resultado de mi tratamiento o cambiar mis opciones de tratamiento.

DECLARACION DEL PACIENTE

Se me ha explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la administración de componentes sanguíneos, del mismo modo he podido manifestar mis inquietudes e interrogantes a los cuales he recibido respuesta clara y precisa. Tengo conocimiento de las complicaciones que se pueden presentar como reacciones alérgicas a los componentes sanguíneos, fiebre. Transmisión de infecciones, insuficiencia pulmonar, disfunción renal, paro cardiaco o inclusive la muerte.

Doy mi consentimiento para que se me efectúe el procedimiento descrito arriba, y de los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo llevan a cabo.

Firma del Paciente	Tutor legal o Familiar Responsable	Firma del Medico
		Nombre:
		No. De Registro MD.
Fecha:	Fecha:	Fecha:

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Revoco el consentimiento en la fecha: _____ y no deseo proseguir con el procedimiento.

Firma del Paciente	Tutor legal o Familiar Responsable	Firma del Medico
		Nombre:
		No. De Registro MD.
Fecha:	Fecha:	Fecha: