



Consentimiento Informado Para
Transfusión De Hemocomponentes
Ambulatorio.

Consentimiento Informado Para Transfusión De Hemocomponentes Ambulatorio.

Consentimiento Informado para Transfusión de Hemocomponentes Ambulatorio.

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna.....

Fecha del consentimiento: Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad: Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento y /o procedimiento para
TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES AMBULATORIO

INFORMACIÓN

1. El Doctor/a me ha explicado en qué consiste el procedimiento y los beneficios que obtendré.
2. **Estoy en conocimiento de los siguientes puntos que se detallan a continuación:** Los productos que recibiré provienen de uno o más donantes sanos, los cuales previo a donar su sangre han sido sometidos a una entrevista por profesional capacitado.
3. A la sangre donada se le realizan exámenes para SIDA, hepatitis B y C, virus HTLV I-II, Chagas y sífilis. Sin embargo existe un periodo de ventana en el cual los exámenes de pesquisa pueden resultar falsamente negativos y si estar infectados. Lo antes expuesto puede resultar en una remota posibilidad de transmisión de infección.
4. Durante la transfusión se pueden presentar reacciones adversas de carácter leve como son calofríos, fiebre, rash alérgico, que son fácilmente manejables en el mismo lugar donde se está realizando el procedimiento. En otras oportunidades las reacciones pueden ser más severas y se requerirá traslado al servicio de urgencia y eventual hospitalización.
5. Doy mi consentimiento para ser transfundido con los hemocomponentes que mi médico tratante indicó y asumo los gastos provenientes de una eventual hospitalización.
6. Entiendo plenamente este consentimiento y, que mi familia se encuentra informada respecto a los riesgos y potenciales ventajas del procedimiento.
7. Por ello, manifiesto que estoy de acuerdo con la información recibida y que comprendo, el alcance y los riesgos del tratamiento.
8. Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento y /o procedimiento para:

TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES AMBULATORIO

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

Sr./Sra.

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha..... Hora:

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: Rut:

Firma del Paciente: Rut:

Firma del representante legal: Rut:

(Representante legal o familiar responsable).