



Consentimiento Informado De
Transfusión De Hemocomponentes
Hospitalizados

Consentimiento Informado De Transfusión De Hemocomponentes Hospitalizados

Consentimiento Informado de Transfusión de Hemocomponentes Hospitalizados

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 a informado que debo recibir **TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES** por indicación de mi médico tratante.

INFORMACIÓN

Se me ha explicado en qué consiste el procedimiento y los beneficios que obtendré además de los siguientes puntos que se detallan a continuación:

1. 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.
2. 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.
3. 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 de tratamiento más intensivo.
4. Entiendo plenamente este consentimiento y, que mi familia se encuentra informada respecto a los riesgos y potenciales ventajas del procedimiento.
5. Por ello, manifiesto que estoy de acuerdo con la información recibida y que comprendo, el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento y/o procedimiento de
TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

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).