

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECHAZO DEL EMPLEO DE SANGRE Y/O HEMODERIVADOS

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El médico me ha informado que, para tratar de la forma más adecuada mi enfermedad, es necesario realizar el procedimiento , para el que he dado y firmado mi consentimiento en el documento adjunto.

No obstante, he sido informado de que a veces, según la situación clínica, este procedimiento puede requerir la transfusión de sangre o algunos de sus derivados y quiero hacer constar de forma expresa que mi consentimiento tiene como condición previa ineludible **la realización del procedimiento sin transfusión de sangre ni hemoderivados.**

Así pues, la finalidad del presente escrito es anular el punto del Consentimiento Informado específico donde dice que “es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados”.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

No tiene.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Negarse a la transfusión de sangre y sus derivados en situaciones en las cuales está indicada, supone un riesgo para la salud, por la posibilidad de tener complicaciones derivadas de una anemia grave (insuficiencia cardíaca, respiratoria, renal y cerebral) o defectos de la coagulación, que pueden llegar a producir secuelas graves permanentes e incluso mortales.

En determinadas cirugías, se puede producir una hemorragia durante la intervención, que a veces puede ser tan importante como para provocar un shock (colapso) y la muerte.

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión

Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

..... puede

augmentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En algunas situaciones, en lugar de hacer una transfusión de los componentes principales de la sangre, es posible utilizar productos derivados de estos como la albúmina, los factores de coagulación, los factores de crecimiento como la eritropoyetina, las inmunoglobulinas, etc. Estos componentes pueden ayudar a disminuir los efectos producidos por una hemorragia, pero no suplen por completo los beneficios de la transfusión. En mi caso particular:

- Autorizo el uso de fracciones derivadas de los componentes principales de la sangre.

Según los medios asistenciales de los que dispone cada centro, en algunas cirugías (como por ejemplo el implante de prótesis de cadera o rodilla, cirugía cardíaca, etc), es posible rescatar parte de la sangre perdida en el campo operatorio y reinfundirla al paciente tras pasar por un filtro, sin almacenamiento previo. Si esta técnica fuera posible:

- Autorizo la reinfusión de mi propia sangre recuperada durante la operación.

AUTORIZACIÓN PARA “RECHAZO DEL EMPLEO DE SANGRE Y/O HEMODERIVADOS”

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, **AUTORIZO** para que se me realice este procedimiento, **sin el uso de sangre, salvo en las alternativas autorizadas por mí en este documento.**

He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.ª _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizar este procedimiento.

Comprendo el alcance y los riesgos añadidos que comporta la realización de dicho procedimiento sin la posibilidad de transfusión de sangre ni hemoderivados, y soy plenamente consciente de que ello podría causarme secuelas graves permanentes e incluso la muerte.

He sido informado de las alternativas a la transfusión de sangre y hemoderivados disponibles en este centro y de sus posibles complicaciones, que asumo.

Mi negativa a recibir sangre es absoluta, no debe ser invalidada de ninguna manera por ningún familiar ni facultativo, y permanecerá en vigor incluso cuando me encuentre inconsciente o sea considerado/a incapaz, salvo que yo la revoque de forma expresa.

Declaro ante el equipo sanitario que me atiende que **soy el único responsable de esta decisión y acepto la plena responsabilidad legal de la misma.** Por tanto, libero a todo el equipo que me está tratando y al hospital de la responsabilidad debida a cualquier circunstancia adversa ocasionada por mi decisión de no aceptar la transfusión de sangre y hemoderivados.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD
Servicio de Anestesia
y Reanimación

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: _____, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Fdo. Paciente: