

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADMINISTRACION DE
HEMODERIVADOS**

San Bartolo Coyotepec, Oaxaca a ____ de _____ del 201__.

Por este conducto doy autorización para que mi hijo (a) _____ con número de expediente _____, que tiene una enfermedad llamada _____, sea sometido a "Transfusión de componentes sanguíneos (sangre total, paquete globular, plasma, crioprecipitados, plaquetas) con sangre alogénica".

Se ha hecho de mi conocimiento que mi paciente necesita o es posible que necesite transfusiones de productos sanguíneos y me han explicado los riesgos que pueden producirse en caso de no recibir este tratamiento. Se me explicó que el procedimiento de transfusión consiste en la aplicación de sangre estudiada y negativa para agentes infectantes de las siguientes enfermedades: Sífilis, Chagas, VIH (virus de la inmunodeficiencia humana), VHC (virus de hepatitis C), Brucella. Sin embargo existe un riesgo, este es muy bajo (inferior a 1 por cada 95.000 transfusiones), pero no nulo, de contraer infecciones por los virus de la hepatitis C, hepatitis B, inmunodeficiencia humana (SIDA) u otros menos frecuentes a través de la transfusión.

La sangre que se utiliza, para almacenarse requiere de ser mezclada con un anticoagulante, y que para aplicarse deberá de usarse un filtro de transfusión. Para que la transfusión se lleve a cabo, a mi paciente se le realizarán previamente: Toma de muestra de sangre para realizar análisis y determinar su grupo sanguíneo ABO y RH, pruebas de compatibilidad sanguínea y todas las pruebas que se consideren necesarias para evitar o disminuir posibles complicaciones inmunohematológicas como consecuencia de transfusiones previas.

Se me explicó además que existen efectos adversos asociados a la transfusión como son : Reacciones alérgicas (inmediatas o tardías), debido al efecto de determinados componentes (proteínas) del donante que son extraños al receptor, reacciones febriles no hemolíticas, de las cuales las reacciones leves (fiebre, escalofríos) son relativamente frecuentes y fáciles de tratar; riesgo de transmisión de agentes infecciones en período de "ventana" (Tiempo en el cual aún no es posible detectarlo en la sangre del donador pero que ya puede ser infectante), y por tanto existe una mínima posibilidad de contagio. Esto a pesar de que la selección de donantes es muy cuidadosa y las precauciones para detectar sangre contaminada son máximas en el banco de Sangre.

También se me explicó que puede haber reacción hemolítica transfusional por: Presencia de anticuerpos irregulares o la probabilidad mínima de que exista incompatibilidad ABO y muy raramente estas reacciones pueden ser graves o muy graves y comprometer la vida del paciente (insuficiencia respiratoria, hipotensión grave o incluso paro cardiorespiratorio). En caso de presentarse cualquier reacción adversa inmediata y grave, existe personal altamente entrenado para tratar a mi paciente y administrar los medicamentos y la atención que requiera. En caso de ser aceptada la transfusión, el personal responsable a cargo de mi paciente, tiene el compromiso de vigilar la transfusión con respecto a: Cantidad de unidades, volumen, número de identificación de las unidades de sangre o de sus componentes transfundidos; fecha y hora de inicio y finalización de cada transfusión; control de la transfusión. En caso de reacciones adversas a la

transfusión indicar su tipo y manejo, así como, los procedimientos para efecto de la investigación correspondiente. Nombre completo y firma del médico que indicó la transfusión, así como, del personal de salud encargado de la aplicación, vigilancia y control de la transfusión.

POR LO TANTO, DECLARO QUE:

El médico me explicó de manera clara y completa los motivos de la necesidad de realizar la/las transfusión(es) sanguínea (s), sus riesgos, sus beneficios y otras alternativas.

1. He recibido información amplia sobre el procedimiento de transfusión de sangre y sus componentes, con respuesta a todas mis preguntas y estoy satisfecho(a) con la explicación.
2. Ejerciendo mi derecho de autonomía y libre de presiones: Por ello conociendo los beneficios y riesgos de este tratamiento, liberando de toda responsabilidad al personal médico y paramédico del Hospital de la Niñez Oaxaqueña.

Los médicos han contestado mis preguntas, me han explicado los riesgos y beneficios esperados del tratamiento, por lo que estoy de acuerdo en recibir la transfusión de sangre alogénica.

Nombre completo y firma del familiar, tutor y/o representante legal

Parentesco: _____ Identificado con: _____

Domicilio: _____

Testigo 1

Testigo 2

Nombre completo y firma

Nombre completo y firma

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

He explicado al paciente o persona autorizada para otorgar el presente consentimiento, la naturaleza de la (s) condición (es) que presenta en la actualidad. Además le he informado con un lenguaje común los beneficios esperados y los posibles riesgos o complicaciones que pudieran estar asociadas a este procedimiento. El (la) _____ ha comprendido la explicación y ha consentido en su realización, en pleno uso de sus facultades, lo anterior con fundamento en el Artículo 80 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y en la Norma Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012** del Expediente Clínico.

Departamento o Servicio: _____ Fecha: _____

Nombre completo, firma y cédula Profesional del médico:

Este formato debe ser anexado al expediente clínico.