Ministerio de Salud Pública Hospital Docente de CALDERÓN	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS	**FECHA DE APROBACIÓN:** 2016/12/21
		VERSIÓN: 001
	FORMULARIO	**PÁGINA :** 1 DE 2
		CÓDIGO: HGDC- MT-FORM- CITS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	EDAD

TIPO DE ATENCIÓN	**HOSPITALIZACIÓN**		**EMERGENCIA**		**AMBULATORIA**		**UCI**
NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA					**CÉDULA DE CIUDADANÍA**		
FECHA:		**HORA:**		**DIAGNÓSTICO CIE-10**			
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN CIE-10							

INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO MÉDICO

Tipo y nombre del procedimiento recomendado: **TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS**

¿En qué consiste? En la administración de productos sanguíneos cuyo tipo y dosis son indicados por el médico tratante de acuerdo a la evaluación del estado clínico y los parámetros de evaluación del laboratorio clínico.

¿Cómo se realiza? Canalizando un vaso venoso adecuado que permita el flujo de infusión de los componentes sanguíneos.

Riesgos frecuentes

Irritación en el sitio de la punción

Sensibilización a antígenos

Reacciones alérgicas o anafilácticas

Transmisión de enfermedades infecciosas, a pesar de que a las unidades de sangre antes de ser transfundidas se les realiza pruebas especiales para la identificación de: V.I.H (SIDA), Hepatitis B, Hepatitis C, Enfermedad de Chagas, Sífilis y en zonas endémicas Malaria.

Alternativas transfusionales:

Grupo del Receptor	ALTERNATIVAS TRANSFUSIONALES					
	CONCENTRADO DE ERITROCITOS			DERIVADOS PLASMÁTICOS		
	1°	**2°**	**3°**	**1°**	**2°**	**3°**
O	O	NINGUNA	NINGUNA	O	AB	A o B
A	A	O	NINGUNA	A	AB	O
B	B	O	NINGUNA	B	AB	O
AB	AB	B o A	O	AB	B o A	O

Fuente: Registro Oficial No. 15. Pág. 12

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:		**Hora:**	

Yo, (Apellidos y Nombres)……

con documento de identidad ……,

Autorizo		No Autorizo	

que se me transfunda las veces necesarias, con sangre, hemocomponentes o derivados sanguíneos.

Declaro que mis preguntas han sido contestadas y se me ha hecho saber que pueden ampliar esta información a mi solicitud.

Aclaro que he leído y entendido cada párrafo de este documento denominado consentimiento informado, con los que he concordado plenamente.

Entiendo que tengo derecho a rectificar este consentimiento en cualquier momento. Asumo consiente y libremente mi decisión sobre este procedimiento médico.

Apellidos y nombres del paciente	N° de documento de identidad	Firma o huella
Apellidos y nombres del profesional que realiza el procedimiento	Firma, sello y código del profesional de la salud que realiza el procedimiento	

Av. Giovanni Calles y calle Derby
Teléfono: 593-2 3952-700
www.hgdc.gob.ec

Si el paciente no esta en capacidad para firmar el consentimiento informado:

Fecha:		**Hora:**	

Apellidos y nombres del representante legal | N° de documento de identidad | Firma o huella

Parentesco: _____

NEGATIVA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:		**Hora:**	

Apellidos y nombres del paciente | N° de documento de identidad | Firma o huella

Apellidos y nombres del profesional que prescribió el procedimiento | Firma, sello y código del profesional de la salud que prescribió el procedimiento

Si el paciente no acepta el procedimiento sugerido por el profesional y se niega a firmar este acápite:

Apellidos y nombres del testigo | N° de documento de identidad | Firma o huella

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, (Apellidos y Nombres)……
con documento de identidad ……, de forma libre y voluntaria, advertido y consciente de las consecuencias que esta decisión puede acarrear a mi salud, revoco el consentimiento realizado en fecha …….. y manifiesto expresamente mi deseo de no continuar con el procedimiento médico anteriormente autorizado, que doy por terminado la fecha de ..... a las .....horas.

Libero de responsabilidades futuras de cualquier índole al Hospital General Docente de Calderón y al/los profesional (es) de salud que me atienden.

Apellidos y nombres del paciente | N° de documento de identidad | Firma o huella

Si el paciente no está en capacidad de firmar la revocatoria del consentimiento informado:

Apellidos y nombres del representante legal | N° de documento de identidad | Firma o huella

Parentesco: _____

Av. Giovanni Calles y calle Derby
Teléfono: 593-2 3952-700
www.hgdc.gob.ec