



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TRANSFUSIÓN

AUTORIZACION DE TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS INVASIVOS DE ACUERDO AL REGLAMENTO GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACION DE SERVICOS Y ATENCION MEDICA CAPITULO IV, ART.81/82 Y 83
Y NOM-253 SSA1 2012 VIGENTE.

La transfusión sanguínea es un procedimiento através del cual se suministra por vía endovenosa sangre o cualquiera de sus componentes como Glóbulos Rojos, Plaquetas, Plasma Fresco Congelado y/o crioprecipitados a una persona solamente con fines terapéuticos.

Consiste en reponer a través de la transfusión algún componente de sangre, que el organismo no produce como consecuencia de algún tratamiento o enfermedad, o bien por qué se está perdiendo como en el caso de las hemorragias por lo que se requiere evaluar la condición clínica en la que me encuentro.

Se me ha informado que la terapia transfusional es un recurso terapéutico que puede ser utilizado por el médico tratante una vez que se hayan descartado otras alternativas de tratamiento como el uso de eritropoyetina, hemáticos, liofilizados, factores de coagulación, soluciones coloides y cristaloïdes entre otros, con el objetivo de coadyuvar en mi tratamiento

*Se me explico que los componentes sanguíneos que voy a recibir provienen de donadores, que han sido sometidas a un riguroso proceso de selección y que se le han realizado una serie de estudios para evitar la trasmisión de enfermedades por vía sanguínea como son: Sifilis, VIH, Brucellosis, Hepatitis By C, Chagas.

*Que previo a la transfusión se realizan las pruebas necesarias para que el hemocomponente elegido para mi tratamiento sea compatible con mi grupo sanguíneo.

*Se me informó de los posibles riesgos que se pueden presentar durante o después de la transfusión como pueden ser reacciones de tipo alérgico, fiebre, enrojecimiento de la piel, destrucción de los glóbulos rojos.

* Si se presenta algún evento adverso se me informa que se cuenta con personal necesario para atenderlo.

*Las dudas que he manifestado me han sido aclaradas en lenguaje sencillo

NOMBRE DEL PACIENTE: **EDAD:** **AÑOS** del SEXO: declaro que he leído la Nhoja de consentimiento informado que se me ha entregado sobre la transfusión de sangre o hemocomponentes y que lo he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

Que por propia voluntad y con pleno conocimiento de causa consiento la transfusión de sangre y/o sus componentes y autorizo al personal de salud para la atención de contingencia derivadas del acto consentido, atendiendo al principio de autoridad prescriptiva.

En tales condiciones, comprendiendo su indicación terapéutica y los riesgos, consiento en que se me realice la transfusión de:

Actopan Hgo. A _____.

Médico que indicó la transfusión

Paciente

Testigo / Familiar / Tutor