



DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. Què és?

- La transfusió de components sanguinis és un tractament l'objectiu del qual és reposar components de la sang (hematies, plaquetes, plasma) per a la seua supervivència, pel fet que l'organisme no els produeix a bastament (a causa d'una malaltia o tractament), els destrueix o els ha perduts (a causa d'una hemorràgia).
- Amb la finalitat de previndre possibles infeccions a través de la transfusió, la sang i els seus components s'obtenen de donants voluntaris i altruistes. Aquests donants responen a un qüestionari sobre el seu estat de salut i són sotmesos a una exploració mèdica abans de donar. En tots els components sanguinis obtinguts s'efectuen anàlisis pertinents per a descartar l'existència de malalties infeccioses, així com problemes immunològics.

2. Com es realitza?

- Abans de la transfusió se li ha d'extraure una mostra de sang per a fer les proves de compatibilitat. Aquesta mostra podrà ser emmagatzemada en el Servei de Transfusió durant un temps suficient per a, en cas de reacció transfusional, realitzar una investigació retrospectiva.
- El Servei de Transfusió comprova de manera estricta que existisca compatibilitat de grup sanguini amb la seua sang.
- El procediment de transfusió consisteix en l'administració de l'hemoderivat (hematies, plasma, plaquetes) per via intravenosa.
- Durant i després de la transfusió poden ocórrer diferents efectes adversos, en la seua majoria lleus, que seran avaluats i tractats pel personal mèdic.

3. Quins són els seus riscos?

- Riscos més freqüents:
 - Reaccions transfusionals lleus: febre, esgarrifances, urticària, etc. Són relativament freqüents però fàcilment tractables.
- Riscos menys freqüents:
 - Malgrat totes les precaucions esmentades, tota transfusió comporta un mínim risc (inferior a l'1 per cada 100.000 transfusions) de contraure virus de l'hepatitis C, virus de l'hepatitis B, virus de la immunodeficiència humana (SIDA), i altres virus encara menys freqüents. Això és pel fet que existeix una primera fase de la malaltia infecciosa, anomenada període finestra, durant la qual existeixen agents infecciosos en la sang que no són detectables amb les proves actuals, i per tant poden transmetre la malaltia.
 - Reaccions transfusionals greus: hemòlisi, edema agut de pulmó no cardiogènic, anafilàxia, sèpsia, etc. Són molt estranyes però poden arribar a comprometre la seua vida.

4. Conseqüències previsibles de la seua realització

Increment de l'oxigenació tissular, millora de l'hemostàsia o prevenció de l'hemorràgia, en funció del tipus de component sanguini transfós.

5. Conseqüències previsibles de la seua no-realització

La negativa a la transfusió pot comprometre seriosament la seua vida en determinades circumstàncies. L'anèmia greu posa en risc seriosament la vida en produir una oxigenació deficient dels òrgans vitals. La trombopènia severa i les alteracions de l'hemostàsia poden produir hemorràgies severes amb risc vital.

6. Alternatives

No existeix actualment cap substitut eficaç de la sang. Donats els riscos del procediment, no ha de prescriure's una transfusió sense ser totalment imprescindible; per això, el personal mèdic ja ha valorat l'ús d'altres recursos terapèutics que poden ser útils per a evitar la transfusió com l'administració de ferro, vitamina B12, folats, eritropoetina, etc. Algunes tècniques com l'autotransfusió, en la qual la persona es dona sang a si mateixa, només pot emprar-se en les situacions en les quals la necessitat de sang puga preveure's amb suficient antelació i les seues circumstàncies ho permeten, no estant tampoc exempta de riscos.

7. Riscos en funció de la seua situació

Pot ocórrer que en algunes circumstàncies personals (estat previ de salut, edat, sexe, raça, etc.) existisquen alguns riscos addicionals que el seu metge/essa li ha d'explicar.



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

HEMATOLOGIA. TRANSFUSIÓ D'HEMODERIVATS /

HEMATOLOGÍA. TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

PACIENT / PACIENTE

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO
NÚMERO DE SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO	

REPRESENTANT LEGAL / REPRESENTANTE LEGAL

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO	EN QUALITAT DE / EN CALIDAD DE
---------------------	--------------	-----	---	--------------------------------

PROFESSIONAL / PROFESIONAL

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	CATEGORIA PROFESSIONAL / CATEGORIA PROFESIONAL	NÚM. DE COL·LEGIACIÓ / NÚM. DE COLEGIACIÓN
---------------------	--------------	--	--

DECLARE que: / *DECLARO que:*

- Se m'ha explicat que és convenient/necessari realitzar aquest procediment. / *Se me ha explicado que es conveniente/necesario realizar este procedimiento.*
- He comprés la informació rebuda. / *He comprendido la información recibida.*
- He pogut formular totes les preguntes que he considerat oportunes. / *He podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.*
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment. / *Se me ha informado que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.*

Per tant: / *Por tanto:*

Autoritze la realització d'aquest procediment.
Autorizo la realización de este procedimiento.

No autoritze la realització d'aquest procediment.
No autorizo la realización de este procedimiento.

Pacient o representant / *Paciente o representante*, d _____ de _____
Professional de la sanitat / *Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma:*

Signatura / *Firma*

REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoque el consentiment prestat en la data indicada. / *Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada.*

Pacient o representant / *Paciente o representante*, d _____ de _____
Professional de la sanitat / *Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma:*

Signatura / *Firma:*

RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ / RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifeste que, per raons personals, renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i expresse el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia, sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com l'he prestat i signat en l'apartat anterior. / *Manifiesto que, por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad, sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal y como he prestado y firmado en el apartado anterior.*

Pacient o representant / *Paciente o representante*, d _____ de _____
Professional de la sanitat / *Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma:*

Signatura / *Firma:*

En cas que no hi haja convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida, han de signar el pare i la mare; en cas contrari, el progenitor que la tinga. Les dades de caràcter personal seran tractades atenent a la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals. / *En caso de que no haya convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deben firmar el padre y la madre; en caso contrario, el progenitor que la tenga. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.*