

## TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

La Transfusión sanguínea consiste en la administración de sangre humana o algunos de sus componentes, como plasma o plaquetas a los pacientes que lo requieran. Se administra a través de una vena del paciente como si fuera suero.

### Riesgos de la Transfusión sanguínea

A pesar de la adecuada elección del procedimiento y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables que pueden afectar a los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad), y lo específicos del procedimiento.

La sangre y sus derivados proceden de personas que gozan de buena salud, son personas que por donar no reciben compensación económica alguna. Todos los donantes son seleccionados con criterios establecidos, por profesionales y la sangre se estudia cuidadosamente con los análisis que exige la ley (HTLV, Hepatitis B, Hepatitis C, VIH, Enfermedad de Chagas y Sífilis). Pese a ello existe una remota posibilidad de contagio pero los procedimientos actuales hacen que esto prácticamente no ocurra.

Otro riesgo posible que tienen las transfusiones es que el receptor pueda sufrir algún tipo de reacción de rechazo a alguno de los componentes de la sangre. Estas reacciones son un poco mas frecuentes y prácticamente, siempre leves (fiebre, calofríos).

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de la mortalidad, aunque ésta es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si hubiera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos y profesionales de Fusat estarán disponibles para solucionarlo.

He entendido las explicaciones que me han entregado en un lenguaje claro y sencillo y he podido preguntar lo que he considerado necesario.

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FICHA: \_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA, NOMBRE Y RUT DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL\*

\_\_\_\_\_  
FIRMA, NOMBRE Y RUT PROFESIONAL QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO

(\*) \_\_\_\_\_

- Menores de 18
- Privado de conciencia
- Incapacidad mental

BS-RG-MT-008

**RECUERDE, SU SALUD ES IMPORTANTE Y QUEREMOS DARLE EL MEJOR CUIDADO, CONSULTE CON SU MÉDICO**

## REVOCACION

**A llenar por el paciente:**

Nombre \_\_\_\_\_

Rut \_\_\_\_\_  
(Paciente)

Fecha \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

He decidido REVOCAR la autorización para realizar este procedimiento

Y asumo las consecuencias, riesgos y eventuales complicaciones de esta decisión.

Firma \_\_\_\_\_  
(Paciente)

**En casos especiales (\*):**

Nombre \_\_\_\_\_

Rut \_\_\_\_\_  
(Representante legal)

Fecha \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

He decidido REVOCAR la autorización para realizar este procedimiento

Y asumo las consecuencias, riesgos y eventuales complicaciones de esta decisión

Firma \_\_\_\_\_  
(Representante legal)

**A llenar por el profesional receptor:**

Nombre \_\_\_\_\_ Rut \_\_\_\_\_  
(Profesional receptor)

(\*) \_\_\_\_\_

- Menores de 18
- Privado de conciencia
- Incapacidad mental

**RECUERDE, SU SALUD ES IMPORTANTE Y QUEREMOS DARLE EL MEJOR CUIDADO, CONSULTE CON SU MÉDICO**