

CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSION SANGUINEA JALISCO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DONADOR DE SANGRE Y SUS COMPONENTES

Id: _____

Unidad: _____

1. Yo C. _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ sexo M F donador de ____ años de edad, estado civil: _____

Ocupación _____ acredito estar en pleno uso de mis derechos políticos y civiles y mi personalidad con la identificación número _____
con domicilio en Calle _____ Colonia _____
Localidad _____ Código postal _____ Mpio. _____ Edo. _____
Teléfonos _____ correo electrónico _____.

Tipo de donación AUTOLOGA () REPETICIÓN () DESIGNADO () DIRIGIDO () FAMILIAR/REPOSICIÓN () REGULAR () VOLUNTARIA Y ALTRUISTA ()

2. Declaro que el Médico _____ me proporcionó la información suficiente en lenguaje sencillo y aclaró mis dudas sobre los estudios de laboratorio que requiero para ser donante de sangre y/o componentes sanguíneos, así como material educativo que leí y entendí, describiéndome que necesito cumplir las disposiciones legales establecidas para obtener la certificación de calidad de la misma. Para ello se me extraerá una muestra de sangre, y se me evaluará clínica y laboratorialmente. De considerármese APTO de acuerdo con la NOM-253-SSA1-2012 "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos" se me extraerá de la vena de mejor calibre de alguno de mis brazos un volumen de sangre de 450ml \pm 10%. El método de colecta será por extracción habitual de sangre total o de componentes por aféresis. Se me informó de los beneficios que otorgo a los pacientes que serán transfundidos y las posibles reacciones post-transfusionales: mareo, hematomas, convulsiones, síncope vasovagal, entre otros, que tratarán con compresas frías, elevación de piernas, asegurando la vía aérea, control de tensión arterial, pulso y frecuencia respiratoria, ingesta de líquidos, en caso de hematoma compresión y/o lo que se considere necesario.
3. Además se hizo de mi conocimiento que tengo el derecho de realizar la donación designada; y designo que mi sangre y sus componentes sean exclusivamente para el paciente: _____ de mismo Grupo/Rh _____ que el mío.
Paciente atendido en el Hospital _____ Servicio _____ registro hospitalario _____ con domicilio del paciente en: _____ Teléfono _____ en caso diferente o el paciente no requerir la sangre, la pondré a disposición del Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea (CETS) Jalisco, para que libremente la destine al tratamiento de los pacientes que requieran.
4. Otorgo mi consentimiento para la realización de los estudios correspondientes: Biometría hemática y obligatorios por normatividad: Tipificación del grupo sanguíneo, el antígeno de superficie de Virus de la Hepatitis B, anticuerpos contra el Virus de la Hepatitis C, anticuerpos contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), anticuerpos contra Treponema pallidum, anticuerpos contra Trypanosoma cruzi y Brucella. De resultar exámenes REACTIVOS o INDETERMINADOS para alguna de éstas pruebas, se le dará destino final a mi sangre y estoy de acuerdo se me localice y acudiré al CETS Jalisco para toma de una segunda muestra de sangre para repetición de la(s) prueba(s) de tamizaje. Se realizará prueba suplementaria/confirmatoria y de resultar REACTIVO o INDETERMINADO se me localizará vía telefónica o correo electrónico con los datos que proporcioné para que acuda por los resultados. Estos resultados REACTIVOS o INDETERMINADOS deberán ser notificados a los organismos correspondientes de la Secretaría de Salud Jalisco para el subsecuente manejo integral cumpliendo el CETS Jalisco en éste trámite con la protección de datos personales conforme la LEY DE INFORMACIÓN PÚBLICA DEL ESTADO DE JALISCO Y SUS MUNICIPIOS Cap III. Artículo 44 y 45.
5. Hacen de mi conocimiento que de ser APTO de acuerdo con la NOM-253-SSA1-2012 "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos", puedo acudir por mis resultados, y se me entregarán de forma personal, confidencial y gratuita; con mi identificación y el **Comprobante original donador**.
6. Conozco y entiendo las recomendaciones y cuidados post-donación y que estos dependerán de la actividad o afición de riesgo y deberé esperar de 12 a 24 horas para retomar mis actividades habituales.

7. Yo C. _____ declaro bajo protesta de decir verdad, que soy una persona en pleno uso de mis facultades, libre, capaz y responsable para decidir sobre mis actos, consciente de mis deberes y obligaciones, que tengo la capacidad legal y estoy en pleno uso de mis derechos políticos y civiles; por lo que dono mi sangre buscando el beneficio de los pacientes. Conozco el contenido de este documento, lo legítimo con la firma de mi puño y letra porque no existe error ni dolo de mi parte, cumpliendo así con las disposiciones legales vigentes para este acto médico. Además, se hace de mi conocimiento que puedo revocar o diferir la donación en cualquier momento.

Yo, Dr(a) _____ médico del CETS Jalisco, declaro bajo protesta de decir verdad, que el contenido de este documento fue redactado en presencia del C. (nombre del donante) cumpliendo así con las normas y legalidad establecida para este acto médico. Lo legítimo con mi puño y letra sin que exista error ni dolo de mi parte.

Firma o huella del donador

Firma del médico

Zapopan, Jalisco a ____ de _____ del 20 _____. ____: ____ hrs

RE-DON-03