

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice el (Tratamiento) _____ siempre que se lleve a cabo sin transfusión de sangre completa ni de ninguno de sus componentes primarios (glóbulos rojos, leucocitos, plaquetas y plasma).

En _____, a _____ de _____ de 20____.
(Lugar y fecha)

Médico informante:
Nº de colegiado:
Firma:

Paciente (o representante legal):
Firma:

REVOCACIÓN

Don/Doña _____ de _____ años de edad, con domicilio en _____ y DNI Nº _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Don/Doña _____ de _____ años de edad y DNI Nº _____, en calidad de _____ de Don/Doña _____
(Representante legal)
: _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Revoco el consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En _____, a _____ de _____ de 20____.
(Lugar y fecha)

Médico informante:
Nº de colegiado:
Firma:

Paciente (o representante legal):
Firma:

ANEXO 1 - INFORMACIÓN ADICIONAL.

	ACEPTA	RECHAZA
SANGRE TOTAL		
CÉLULAS ROJAS		
PLAQUETAS		
PLASMA		
CRISTALOIDES		
CRISTALOIDES SINTÉTICOS		
PRODUCTOS DE INGENIERIA RECOMBINANTE		
ERITROPOYETINA		
FACTORES DE COAGULACIÓN RECOMBINANTE (No plasmáticos) NOVOSEVEN		
ALBÚMINA		
INMUNOGLOBULINAS		
FACTORES DE COAGULACIÓN NO RECOMBINANTES (plasmáticos)		
OCTAPLEX		
DEPÓSITO PREOPERATORIO DE SANGRE AUTÓLOGA		
HEMODILUCIÓN NORMOVOLÉMICA AGUDA		
RECUPERACIÓN INTRAOPERATORIA DE LAS PÉRDIDAS SANGUÍNEAS		
Otros: Fcos antifibrinolíticos (ANCHAFIBRIN)		
Otros: Vitam K		
Otros:		