

# FORMULARIO PARA REGISTRO

 <p><b>HOSPITAL CLINICO</b> VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p>	<p><b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b></p> <p>Autorización Cirugía Programada sin Donantes</p>	<p>FL-CDM-167</p> <hr/> <p>Rev.01</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
**(1er Nombre y dos apellidos del paciente)**

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
**(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)**

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
**(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)**

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: \_\_\_\_\_

MEDICO CIRUJANO \_\_\_\_\_

### INFORMACION GENERAL

El Hospital Clínico Viña del Mar (HCVM) dentro de sus procedimientos exigidos por la autoridad sanitaria a través de su sistema de acreditación de prestadores institucionales, cuyo fin es establecer requisitos básicos de la seguridad asistencial, ha creado el procedimiento interno llamado **GESTION DE STOCK DE HEMODERIVADOS PO-HCVM-07-01**, a cargo del Médico Jefe de laboratorio Clínico y Banco de Sangre.

El objetivo de dicho procedimiento es establecer la metodología para mantener el stock de sangre necesario de hemoderivados y facilitar la atención oportuna del paciente que requiere transfusión sanguínea y evitar demoras en la atención en cirugías programadas con mayor riesgo de requerimiento de urgencia de donantes.

### REQUERIMIENTOS SEGÚN CIRUGIA

Tipo de Cirugía		Número de Donantes
DIGESTIVAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastrectomía</li> <li>• Colectomía</li> </ul>	<b>2</b>
UROLÓGICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protatectomía</li> <li>• Nefrectomía</li> <li>• Tumor vesical</li> </ul>	<b>2</b>
TRAUMATOLÓGICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prótesis de cadera</li> </ul>	<b>2</b>
GINECOLÓGICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Histerectomía</li> </ul>	<b>1</b>
<b><u>CIRUGIAS CARDIOVASCULAR</u></b>		
POR CIRCULACION EXTRACORPOREA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• By pass aortocoronario</li> <li>• Recambio valvular</li> <li>• Aneurisma de aorta torácica</li> </ul>	<b>8</b>
ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL		<b>6</b>
BY PASS AORTOBIFEMORAL		<b>8</b>

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-167

Autorización Cirugía Programada sin Donantes

Rev.01

### DECLARO:

Que se me ha explicado claramente que existe el Procedimiento de Gestión de Stock de Hemoderivados en el Hospital Clínico Vila del Mar, y que según la cirugía que ha programado mi médico tratante se me solicitó traer donantes con 48 horas de anticipación y que por los siguientes motivos:

**No fue posible traerlos**, por lo tanto **CONFIRMO** que he sido informado de los riesgos que ello implica y que HCVM actualmente, no cuenta con un stock de hemoderivados para casos de urgencia. Pese a ello **CONSIENTO** mi ingreso a hospitalización para someterme a la cirugía programada

de \_\_\_\_\_

Y mi médico tratante doctor \_\_\_\_\_, está informado de mi situación particular:

En el Hospital Clínico Viña de Mar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar \_\_\_\_\_

### RECHAZO:

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

**RECHAZO**, mi hospitalización para someterme a la cirugía programada de \_\_\_\_\_ debido a mi imposibilidad de traer dadores de sangre requeridos, considerando que HCVM actualmente no cuenta con un stock de hemoderivados para casos de urgencia.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar \_\_\_\_\_

### REVOCAION

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, R ut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

**REVOCO**, el rechazo de mi hospitalización para cirugía programada de \_\_\_\_\_ por falta de stock de hemoderivados, ya que actualmente cuento con estos para poder realizarla.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar \_\_\_\_\_