## ESTIMADO DONANTE

***Por favor necesitamos que lea responsable y atentamente la siguiente información antes de donar sangre.***

Agradecemos su colaboración para ayudar a alguien que lo necesita. Para saber si Ud. se encuentra en condiciones de donar en el día de hoy, vamos a realizar una entrevista de carácter confidencial y privada protegida por el secreto médico. Como parte del proceso de donación de sangre, debe saber acerca de dos conceptos muy importantes que garantizan la seguridad de su sangre y la salud de quien eventualmente pueda recibirla. Estos dos conceptos son el **"período de ventana"** y el concepto de **"situación de riesgo incrementado"**. Le pedimos que lea atentamente la siguiente información y **aclare sus dudas con nuestro personal antes de donar**.

**¿QUÉ ES EL "PERÍODO DE VENTANA"?**

Es el intervalo de tiempo entre el momento en que se adquiere una infección y el momento en que puede ser detectada por las pruebas de laboratorio que vamos a realizarle a su sangre una vez concluida la donación. Durante este "período de ventana" no hay síntomas, es decir, Ud. se siente sano y puede considerar que se encuentra en condiciones de donar sangre, pero el agente infeccioso está presente en su sangre y si dona será transmitido a la persona que recibirá la transfusión. Todas las unidades de sangre donadas son analizadas para detectar infecciones por VIH, Hepatitis B, Hepatitis C, virus HTLV I- II, Sífilis, Chagas y Brucelosis, pero si una persona, dona su sangre estando en el "periodo de ventana" para alguna de ellas, los análisis correspondientes son **NEGATIVOS** a pesar de haberse infectado. Estas unidades serán entonces aptas para ser transfundidas, pero transmiten la infección a los pacientes que reciban los componentes que se obtienen de su sangre.

**¿QUÉ SON "SITUACIONES DE RIESGO INCREMENTADO"?**

Las situaciones de riesgo son actividades que incrementan la posibilidad de contraer una enfermedad o infección determinada. Lea atentamente las siguientes situaciones de riesgo y considere si pudo o no haber estado expuesto a alguna de ellas.

**NO DONE SANGRE**

1. Si hace menos de 6 meses le realizaron un tatuaje, endoscopia, laparoscopia, cirugía, cualquier otra perforación no estéril o exposición a sangre o secreciones humanas a través de heridas o mucosas.

**En cuanto a las relaciones sexuales, NO DONE sangre si en los últimos 12 meses:**

2. Tuvo relaciones sexuales (vaginales, orales, anales) **SIN** usar preservativo o campo de látex (preservativo femenino), con una persona que no sabe si tiene alguna infección de transmisión sexual.
3. Su pareja sexual está bajo tratamiento médico para VIH, Hepatitis B/C o HTLV.
4. Tuvo relaciones sexuales con personas que se dializan o reciben transfusiones frecuentemente.
5. Tuvo relaciones sexuales con personas que cambian frecuentemente de pareja sexual, o tienen parejas múltiples, como en casos de trabajadores sexuales o personas con adicciones que ofrecen sexo a cambio de drogas.
6. Tuvo relaciones sexuales con dos o más personas al mismo tiempo.
7. Tuvo relaciones sexuales ocasionales o cambia frecuentemente de pareja sexual.

| Fecha | Apellido y nombre | DNI | Firma |
|---|---|---|---|
| | | | |

**NO DEBE DONAR**

8. Si tiene o le han informado que sus análisis son positivos para VIH/SIDA, Hepatitis B o C, Chagas, Brucelosis, Sífilis o el virus HTLV I-II, Sífilis.
9. Si estás bajo tratamiento de hemodiálisis, si recibe regularmente transfusiones de componentes o derivados de la sangre, si está bajo tratamiento con antirretrovirales.
10. Si usó o usa drogas inyectables ilegales.

***Ahora que sabe cuáles son las potenciales situaciones de riesgo sólo le pedimos que NO done sangre si estuvo expuesto a alguna de ellas. Sin especificar cuáles fueron, podrá optar por retirarse sin ningún cuestionamiento. Respetamos sus derechos y la intimidad de su persona.***

Si Ud. vino acompañado y después de leer la información considera que su sangre no es segura para que otra persona la reciba, pero se siente obligada/o a donar, para mantener su privacidad frente a quien lo acompaña, al final de la donación se le entregará una ficha confidencial y privada donde podrá marcar la opción **"TENGO DUDAS",** sin cuestionamiento ni pregunta alguna el equipo de salud sabrá cómo proceder, comprendiendo la situación. Hasta aquí, pudo conocer gran parte de lo que necesita saber con relación a la seguridad de la donación de sangre. Recuerde también que no podrá donar sangre si Ud. recibió alguna compensación o retribución monetaria para donar sangre, situación que se encuentra impedida por Ley.

Agradecemos que lo haya leído con atención. Pedimos disculpas si algunas preguntas resultaron incómodas para Ud. Si desea continuar con el proceso, avise a nuestro personal.

**RECOMENDACIONES A TENER EN CUENTA DESPUÉS DE DONAR SANGRE**

1. No se retire de la sala sin ser dado de alta por nuestro personal.
2. No se retire de nuestra institución sin tomar su refrigerio.
3. No haga ejercicios violentos, evite realizar actividades o trabajos que demanden mucho esfuerzo, al menos en las 24 hs después de donar sangre.
4. Tampoco cargue peso con el brazo donde se le sacó sangre para evitar hematomas, al menos en las primeras 24 hs después de donar sangre. Coloque hielo en caso de que esto suceda y comuníquese con nosotros a la brevedad.
5. No haga cambios bruscos de posición, ya que podría tener sensación de mareo. Siéntese o recuéstese en caso de experimentar dicha sensación.
6. No tome alcohol en las próximas 24 hs.
7. No fume (sobre todo en las 2 primeras horas).
8. Beba abundante líquido (agua, jugos, leche, café, otros).
9. No se abrigue demasiado si la temperatura ambiental es elevada.
10. No se quite el apósito del sitio de punción al menos por una hora.
11. Invite a otros a sumarse a la donación voluntaria de sangre.

| Fecha | Apellido y nombre | DNI | Firma |
|---|---|---|---|
| | | | |

## Consentimiento Informado (ley 26.529)

***Estimada/o donante, por favor lea atentamente esta información. Cualquier duda consúltela con nuestros profesionales.***

La donación de sangre es un acto altruista para el que no hay que tener condiciones excepcionales, únicamente la conciencia de que es necesaria para alguien. Donar no es perjudicial para el organismo. Si usted, al leer nuestro cuestionario (el cual tiene carácter de declaración jurada), informó no padecer o haber padecido alguna enfermedad o situación de las que allí se detallan, no debe de preocuparse. En caso de haber respondido afirmativamente alguna de las preguntas, un profesional especializado podrá aclararle sus dudas y asesorarlo. En ambos casos usted será evaluado respecto a su estado de salud actual y se le controlarán los signos vitales antes de la donación de sangre.

Usted tiene derecho a aceptar o rechazar el proceso de la donación, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.

El proceso de donación dura aproximadamente unos 20 minutos, la cantidad de sangre que se extraerá de una vena del pliegue de su brazo es de 450 ml, al finalizar se le ofrecerá un refrigerio y si su evolución es favorable podrá retirarse de nuestra institución teniendo en cuenta las recomendaciones anteriormente descritas.

**Los insumos utilizados durante la extracción son descartables. Este material no tiene posibilidades de reutilización. Usted puede y debe exigir que el material a utilizarse sea abierto en su presencia.**

Queremos informarle que en algunas situaciones y por diversas circunstancias técnicas o relacionadas con su anatomía (accesos venosos dificultosos), la extracción podría no ser posible o se requerirá de una nueva punción para que Ud. pueda llevar a cabo la donación. En este último caso nuestro personal deberá cambiar todo el material descartable, asegúrese de que así sea.

La sangre que usted done será analizada para: grupo sanguíneo, VIH/SIDA, Hepatitis B, Hepatitis C, Sífilis, Chagas, Brucelosis y Virus Linfotrópico Humano. Nosotros nos comunicaremos con usted si hubiese algún resultado anormal que debiéramos informarle. Le pedimos que revise si sus datos de contacto descritos en la planilla, **son correctos.**

**Quedarán a su disposición los resultados de sus análisis para que pueda retirarlos cuando lo desee.**

La donación de sangre no ofrece riesgos asociados para la mayoría de las personas, sin embargo, es necesario que conozca algunos de los **efectos adversos que pueden ocurrir durante o tras la donación.**

**Reacción vasovagal.** Esta reacción es muy frecuente y se manifiesta con mareos, sudoración, ansiedad, somnolencia, visión borrosa, palidez, náuseas o vómitos, bajada de tensión arterial y con convulsiones, pérdida transitoria de la consciencia e incontinencia en los casos más severos. Esta reacción es de recuperación espontánea si bien en algunos casos pueda requerir de una atención médica más exhaustiva. Su origen es multifactorial e incluye: factores emocionales y psicológicos como estrés, miedo, tensión emocional y aprehensión, y factores fisiológicos como el ayuno, la deshidratación, el sueño y el cansancio

Le solicitamos que informe a nuestro personal de cualquier síntoma anormal durante el proceso de donación de sangre.

**Problemas en el punto de punción.** Durante la donación podemos encontrarnos con problemas en el punto de punción que cómo se le informó anteriormente pueden obedecer a problemas técnicos o a la anatomía de su

| Fecha | Apellido y nombre | DNI | Firma |
|---|---|---|---|
| | | | |

brazo o problemas en la coagulación desconocidos por usted. Los técnicos le recomendarán las medidas necesarias para el cuidado de la zona afectada.

**Con salida no esperada de sangre:**

1. **Hematoma:** como consecuencia de la salida de la sangre fuera de los vasos se produce su acúmulo en los tejidos blandos, la presión puede ocasionar signos neurológicos. Puede acompañar a otras reacciones como la punción nerviosa y arterial. Presenta hinchazón en el sitio de la punción, dolor local y cambio de coloración. Puede complicarse con el síndrome compartimental.
2. **Punción arterial:** evento raro, en el que por punción de la arteria braquial se produce salida rápida de la sangre que incrementa el riesgo de hematoma. Presenta sangrado de color rojo brillante, la aguja se moviliza con el pulso, puede haber dolor. Las complicaciones son: fístula arteriovenosa, el pseudo aneurisma y el síndrome compartimental. En ocasiones requiere de tratamiento quirúrgico.
3. **Sangrado tardío:** reinicio espontáneo del sangrado, después de abandonar el lugar de la colecta, es poco frecuente y generalmente está relacionado con una incorrecta aplicación de la presión sobre la venopunción o a factores del donante.

Estas reacciones pueden ocasionar celulitis, trombosis venosa profunda, fístula arteriovenosa, síndrome compartimental o tromboflebitis. Ante esta eventualidad estaremos en permanente contacto con Ud. (HEMOVIGILANCIA) para realizar un seguimiento o derivación.

**Con dolor en el sitio de punción o irradiado:**

**Lesión del nervio.** Es un efecto adverso raro que se produce por acción directa de la aguja sobre un filete nervioso del área adyacente al ser insertada o retirada. En estos casos Ud. podrá experimentar una sensación de dolor inmediato, adormecimiento y/o pérdida de fuerza. Esta sensación puede desaparecer en poco tiempo o prolongarse en el tiempo. Ante esta eventualidad estaremos en permanente contacto con Ud. (HEMOVIGLANCIA) para realizar un seguimiento o derivación.

**Lesión del tendón**. Es un efecto adverso raro que produce dolor intenso inmediato, no irradiado y sin adormecimiento, que se produce al insertar o retirar la aguja, la gravedad de la reacción dependerá de la intensidad de la lesión.

**Dolor en el brazo.** Dolor intenso e irradiado en el brazo durante o a las pocas horas de la donación, puede estar relacionado con lesión tisular o un hematoma profundo.

En el caso de que, tras la donación, usted presente alguna complicación o enfermedad o recuerde alguna información relevante no declarada durante la entrevista, es muy importante que nos informe sobre la misma a fin de valorar si los productos obtenidos son inadecuados para la transfusión. Es muy importante que nos brinde sus datos de contacto en forma completa.

**La Fundación Banco Central de Sangre cuenta con un sistema de vigilancia de la sangre (hemovigilancia) para evaluar el riesgo de transmisión de patógenos emergentes (nuevos patógenos o mayor presencia de uno existente) de los donantes a los receptores. Así, en respuesta a las amenazas que plantean la aparición o el aumento de presencia de enfermedades infecciosas que pueden ser transmitidas por transfusiones, se me ha comunicado que, de ser necesario, el banco de sangre podrá estudiar la presencia de estas infecciones en mi sangre para aumentar la seguridad transfusional. Además, su sangre podría ser utilizada aleatoriamente para estudios de calidad.**

| Fecha | Apellido y nombre | DNI | Firma |
|---|---|---|---|
| | | | |

## Consentimiento Informado para Consulta Médica mediante Telemedicina

(Ley 26.529, Ley 26.742, Decreto 1089/2012 - Artículos 58 y 59, CC y CN.)

***Estimada/o donante, por favor, lea atentamente esta información. Cualquier duda consúltela con nuestros profesionales.***

La Telemedicina o Teleconsulta (TC) ha sido definida como ***"el uso de tecnologías de telecomunicaciones para proveer información y servicios médicos"***. Esto implica la posibilidad de realizar ciertas prácticas médicas a distancia e incluye desde el uso del teléfono o correo electrónico, hasta audio y video con el fin de poner en contacto a pacientes con profesionales de la salud separados por la distancia.

Comprendo que este consentimiento autorizará la práctica de TC con un profesional de FBCS, encontrándonos ambos en distintos puntos geográficos y que no reemplaza en un todo a la consulta con mi médico personal y que, de ser requerido, deberé concurrir a una consulta presencial o ser derivado a un centro asistencial.

**BENEFICIOS ESPERADOS**

- Tendré acceso oportuno a la atención médica sin necesidad de trasladarme, con la posibilidad de poder ser diagnosticado y tratado rápidamente, contribuyendo a una mejor evolución.
- Podré interactuar, ser interrogado y escuchar las respuestas y recomendaciones del profesional de salud. De este modo, todas mis consultas e inquietudes serán analizadas y respondidas.
- Toda la información referida a mi estado de salud será tratada con la debida confidencialidad y reserva, cumpliendo con las pautas y recaudos establecidos por la ley de Protección de Datos Personales (Ley 25.326).

**RIESGOS**

- La información brindada sobre mis resultados de laboratorio será sólo a modo informativo y de asesoramiento y no constituye un diagnóstico.
- Durante la TC se podrán comunicar resultados sensibles como serologías de infecciones transmisibles por sangre, y que se tratarán con el máximo respeto, confidencialidad y adecuación a la normativa sobre consentimiento informado y derechos del paciente.
- La información brindada sobre las consecuencias de la extracción (molestias, dolor, hematomas, otras), constituye un diagnóstico limitado y provisorio.
- En caso de que la comunicación esté relacionada con un tema de urgencia, debo contactar al servicio de emergencia local de manera inmediata.
- En casos excepcionales, los protocolos de seguridad pueden fallar, lo que provoca una violación de la privacidad de la información médica personal.

**CONSENTIMIENTO**

Dejo debida constancia de haber recibido en forma clara y sencilla las explicaciones e información referida a TC, asimismo, todas mis dudas y preguntas han sido aclaradas y he comprendido toda la información que se me ha proporcionado. Dejo constancia que Consiento, la presencia de observadores, dispuesta por la Institución y/o por mí. Asimismo, se me ha explicado que, la consulta podría ser grabada, sin perjuicio de lo cual se adoptarán los recaudos para poner a resguardo ese material conforme a las normas de protección antes referidas, a lo que también doy mi conformidad.

| Fecha | Apellido y nombre | DNI | Firma |
|---|---|---|---|
| | | | |

También se me informó y lo acepto que para yo poder grabar la consulta debo obtener previamente la conformidad del médico.

Dejo constancia de haber sido informado que puedo revocar esta autorización en cualquier momento previo al procedimiento, bajo mi responsabilidad, conforme a lo que dispone la legislación vigente.

Manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos de la TC. y en tales condiciones doy mi consentimiento para el uso mismo.

***Declaro haber leído y comprendido la información suministrada dando mi consentimiento para la donación y autorizo que se me notifique en caso de detección de cualquier condición que esta institución considere relevante en relación con mi sangre y a recibir información sobre la donación voluntaria de sangre, a los datos de contacto que he declarado.***

| Fecha | Apellido y nombre | DNI | Firma |
|---|---|---|---|
| | | | |