



HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires




Norma para el Programa de Manejo del Modelo de Medicina Sin Sangre - Pacientes Testigos de Jehová Adultos-

Nº 37/08

Nº de Versión / Modificación: 01/00

Fecha de Vigencia: 03/09/2008

 HOSPITAL ITALIANO de Buenos Aires	Norma	Número de Norma	37/08
		Versión	01.00
	Programa de Manejo del Modelo de Medicina Sin Sangre - Pacientes Testigos de Jehová Adultos -	Fecha de Vigencia	03/09/08
		Código	515.NO.01

INDICE GENERAL


INTRODUCCIÓN

Objetivo	Pág. 3
Alcance	Pág. 3
Sectores Involucrados	Pág. 3
Definiciones	Pág. 3

DESARROLLO

1. Qué es el Programa de Manejo del Modelo de Medicina Sin Sangre	Pág. 5
2.Cuál es el alcance del Programa de Manejo del Modelo de Medicina Sin Sangre	Pág. 5
3. Quienes conforman el equipo del Programa de Manejo del Modelo de Medicina Sin Sangre	Pág. 5
4. Sugerencias Asistenciales	Pág. 5
5. ¿Ante que situaciones y cómo contactarse con el equipo?	Pág. 6
6. Quienes son los Testigos de Jehová	Pág. 6
7. Que aceptan y que rechazan los pacientes Testigos de Jehová	Pág. 7
8. Derechos de los Profesionales del cuidado de la Salud	Pág. 7
8.a. Cómo y ante quién?	Pág. 7
8.b. Cuándo se puede objetar y quién puede objetar?	Pág. 7
9. Requisitos para poder aplicar el Modelo de Medicina Sin Sangre	Pág. 8

Reemplaza		Revisor		Aprobado por Normas y Procedimientos		Página
Nº Versión	Nº Modific	Fecha	Firma	Fecha	Firma	
		02/09/08		02/09/08		Página 1 de 17


 HOSPITAL ITALIANO de Buenos Aires	Norma	Número de Norma	37/08
		Versión	01.00
	Programa de Manejo del Modelo de Medicina Sin Sangre - Pacientes Testigos de Jehová Adultos -	Fecha de Vigencia	03/09/08
		Código	515.NO.01

10. Recomendaciones Generales Pág. 8

Anexos Formularios Pág. 11

Anexo: Defensorías de Menores e Incapaces (para pacientes con alteración de sus facultades mentales) Pág. 16

Reemplaza		Revisor		Aprobado por Normas y Procedimientos		Página
Nº Versión	Nº Modific	Fecha	Firma	Fecha	Firma	
		02/09/08		02/09/08		Página 2 de 17

 HOSPITAL ITALIANO de Buenos Aires	Norma	Número de Norma	37/08
		Versión	01.00
	Programa de Manejo del Modelo de Medicina Sin Sangre - Pacientes Testigos de Jehová Adultos -	Fecha de Vigencia	03/09/08
		Código	515.NO.01

INTRODUCCIÓN

Objetivo

Reglamentar la operatoria relacionada con la administración de conflictos interculturales para respetar el derecho a la diferencia, la autonomía y la libertad de culto en pacientes con creencias religiosas que rehúsen el uso de sangre y/o sus derivados por diversos motivos.

Alcance

La siguiente norma establece las pautas y el marco regulatorio para implementar el manejo de la medicina sin sangre en **los pacientes Testigos de Jehová adultos (pacientes mayores de 21 años)**, su asesoramiento, capacitación y diseño de intervenciones centrados en la diversidad para mejorar el acceso, disponibilidad y satisfacción, tanto del usuario como de los clientes internos.

Sectores Involucrados

Esta norma será extensiva para todo los sectores de Internación, Guardias, Ambulatorios, Dpto. de Cirugía, Medicina Diagnóstico y Tratamiento y Enfermería del Hospital Italiano.

Definiciones

Objeción de Conciencia (OC)

Objeción de conciencia profesional es la negativa a cumplir un cometido profesional exigido por las leyes o por un protocolo institucional aduciendo para ello razones morales o de conciencia. Siempre representa un conflicto entre respetar las decisiones de los superiores o de los pacientes y la propia conciencia.

Siempre es de carácter individual y concreto. Quien hace objeción de conciencia no niega la legitimidad de la ley o protocolo, solamente se abstiene de colaborar en situaciones concretas y es necesario que exprese con anticipación cuales son las situaciones con las que tiene problemas morales. No se puede realizar una objeción de conciencia cuando se está ante una urgencia ni cuando uno es la única persona capaz de realizar ese acto profesional.


La objeción no puede amparar conductas irregulares.

Directiva Anticipada (DA)

Es una declaración de voluntad en cuestiones de salud, que se plasma en un documento (**ver Anexo de Formularios del presente Procedimiento**) que orienta las decisiones clínicas.

El paciente podrá manifestar, siempre y cuando reúna las circunstancias de la autonomía (información, comprensión, ausencia de coacción externa e interna, la autenticidad), las

Reemplaza		Revisor		Aprobado por Normas y Procedimientos		Página
Nº Versión	Nº Modific	Fecha	Firma	Fecha	Firma	Página 3 de 17
		02/09/08		02/09/08		

 HOSPITAL ITALIANO de Buenos Aires	Norma	Número de Norma	37/08
		Versión	01.00
	Programa de Manejo del Modelo de Medicina Sin Sangre - Pacientes Testigos de Jehová Adultos -	Fecha de Vigencia	03/09/08
		Código	515.NO.01

opciones e instrucciones, expresas y previas, que ante circunstancias que le impidan manifestar su voluntad, deberá respetar el personal sanitario responsable de su asistencia. El documento de voluntades anticipadas puede ser modificado, sustituido por otro o revocado en cualquier momento por la persona otorgante, siempre que conserve su capacidad, su libertad de actuación y la posibilidad de expresarse. Este documento debe estar certificado por escribano público y debe quedar constancia del documento en la historia clínica del paciente. **(Ver punto 10 Recomendaciones Generales - Directivas Anticipadas- del presente Procedimiento)**

Rechazo informado (RI)


Se define como aquel documento (*ver Anexo de Formularios del presente Procedimiento*) que implica una declaración de voluntad efectuada por un paciente, por la cual, luego de brindársele una suficiente información por parte del médico referida al procedimiento o intervención quirúrgica que se le propone como médicamente aconsejable, éste decide expresar su disconformidad, y no someterse a tal procedimiento o intervención. La noción comprende entonces dos aspectos:

- a) Que el médico obtenga el consentimiento o no del paciente antes de llevar a cabo un tratamiento.
- b) Que el médico revele adecuada información al paciente, de manera tal que le permita a éste participar inteligentemente en la toma de una decisión acerca del tratamiento propuesto.

Todo esto a fin de asegurar en el caso concreto las condiciones mínimas de regulación del principio de Autodeterminación.

Nota: El Rechazo Informado debe realizarse en forma expresa con firma certificada por escribano público. De no ser posible se solicitará la firma del paciente ante el médico y con la presencia de dos testigos, previa presentación de DNI, de todos intervinientes. También se procederá de la misma manera en los casos en que no cuenten con Directiva Anticipada o Rechazo Informado o cuando tengan modificaciones en su decisión, dejando siempre constancia en la Historia Clínica del paciente.

Reemplaza		Revisor		Aprobado por Normas y Procedimientos		Página
Nº Versión	Nº Modific	Fecha	Firma	Fecha	Firma	
		02/09/08		02/09/08		Página 4 de 17

 HOSPITAL ITALIANO de Buenos Aires	Norma	Número de Norma	37/08
		Versión	01.00
	Programa de Manejo del Modelo de Medicina Sin Sangre - Pacientes Testigos de Jehová Adultos -	Fecha de Vigencia	03/09/08
		Código	515.NO.01

DESARROLLO

1. Qué es el Programa de Manejo del Modelo de Medicina sin Sangre?

El Programa de Medicina y Cirugía sin Sangre, es una alternativa biomédica a la transfusión sanguínea. Combinando fármacos, equipos, técnicas médicas y quirúrgicas con el objetivo de reducir o evitar la pérdida de sangre y acelerar su producción por parte del paciente, con el fin de evitar la transfusión alogénica.

2.Cuál es el alcance del Programa de Manejo del Modelo de Medicina sin Sangre?

Testigos de Jehová con creencias religiosas que impiden el uso de la sangre alogénica y sus derivados.

3. Quiénes conforman el Equipo de Consulta del PAMT en HI?


El Equipo estará integrado por:

- Un hematólogo
- Un hemoterapista
- Un anesthesiólogo
- Un cirujano
- Un miembro del Comité de Bioética
- Un miembro del PAMT (Programa de Asistencia Medica Transcultural)
- Comité de Enlace hospitalario de los Testigos de Jehová

4. Sugerencias Asistenciales:

- Consideración de los tiempos pre-quirúrgico : es necesario intervenir 4 semanas antes de la cirugía, siempre que sea posible.

Reemplaza		Revisor		Aprobado por Normas y Procedimientos		Página
Nº Versión	Nº Modific	Fecha	Firma	Fecha	Firma	
		02/09/08		02/09/08		Página 5 de17

 HOSPITAL ITALIANO de Buenos Aires	Norma	Número de Norma	37/08
		Versión	01.00
	Programa de Manejo del Modelo de Medicina Sin Sangre - Pacientes Testigos de Jehová Adultos -	Fecha de Vigencia	03/09/08
		Código	515.NO.01

- Evaluar riesgo de vida con soporte transfusional y con el modelo de medicina sin sangre (si suple el riesgo, lo aumenta o lo iguala).
- Evaluar que tipo de intervención es la adecuada
- Evaluar la disponibilidad de los instrumentos y equipos quirúrgicos necesarios.
- Evaluar la evolución post quirúrgica.

5. Ante que situaciones y cómo contactarse con el equipo?

A) Resolución de Conflictos Interreligiosos

B) Educación y Asesoramiento a Pacientes y a Médicos

Importante


Es importante aclarar que cada Servicio tendrá un grupo médico asesorado en el tema y ante una duda que no pueda resolver con respecto a la voluntad del paciente y el comité de enlace con los hospitales de los testigos de Jehová, se comunicará con PAMT a los siguientes teléfonos **interno 5318 o al * 23072, de Lunes a Viernes de 9 a 18 horas**, PAMT convocará a un equipo de resolución de conflictos constituidos por: el Comité de Bioética, Anestesiología, Cirugía Hematología y PAMT.

6. Quiénes son los Testigos de Jehová?

Los testigos de Jehová son un grupo de personas, procurando cumplir la voluntad de Dios. Sus creencias están basadas en la Biblia. Aman la vida y hacen todo lo razonable para prolongarla. Por eso buscan atención médica de calidad y aceptan la mayoría de los tratamientos médicos. Sin embargo, por razones religiosas fundadas en la Biblia, no admiten transfusiones de sangre. En su lugar solicitan tratamientos alternativos sin transfusiones de sangre (Medicina sin Sangre). (*Ver punto 7 de la presente Norma*).

Esta religión fue fundada en 1872 por Charles Russel en Pittsburg, Pennsylvania. Los Testigos de Jehová adoptan oficialmente la política de no recibir transfusiones en 1945, por

Reemplaza		Revisor		Aprobado por Normas y Procedimientos		Página
Nº Versión	Nº Modific	Fecha	Firma	Fecha	Firma	
		02/09/08		02/09/08		Página 6 de 17

 HOSPITAL ITALIANO de Buenos Aires	Norma	Número de Norma	37/08
		Versión	01.00
	Programa de Manejo del Modelo de Medicina Sin Sangre - Pacientes Testigos de Jehová Adultos -	Fecha de Vigencia	03/09/08
		Código	515.NO.01

una decisión de su iglesia. La trasgresión a este principio significa, para ellos, un grave daño a su relación con Dios, y a su moral íntima.

7. Qué aceptan y que rechazan los Pacientes Testigos de Jehová ?

ACEPTO	RECHAZO	Rechazo relativo
CRISTALOIDES	SANGRE ENTERA	FRACCIONES DEL PLASMA (se pregunta en forma individual por los rechazos, sea de albúmina, γ -globulinas, factores de coagulación, etc.)
COLOIDE / GELATINA	GLÓBULOS ROJOS	HEMODILUCIÓN (siempre que sea en circuito cerrado con sistema conector)
FACTOR CRECIMIENTO GRANULOCÍTICO	PLAQUETAS	CELL SAVER (recuperador celular)
ERITROPOYETINA (SIN ALBÚMINA)	GLÓBULOS BLANCOS	CRIOPRECIPITADOS
	PLASMA	TRASPLANTE DE ÓRGANOS
	SANGRE AUTÓLOGA DE PRE-DEPÓSITO	

8. Derechos de los profesionales del cuidado de la salud


8.a. ¿Cómo y ante quién?

Cada servicio (incluyendo médicos residentes) deberá presentar la lista de adherentes al modelo de medicina sin sangre (*ver Anexo de Formularios del presente Procedimiento*) La misma deberá presentarse **dentro de los 90 días** de publicada la Norma en dirección médica.

8.b. ¿Cuándo se puede objetar y Quién puede objetar?

La oportunidad de invocar la objeción a determinado deber profesional debe realizarse con suficiente antelación para permitir disponer el reemplazo del objetor, de modo tal que se

Reemplaza		Revisor		Aprobado por Normas y Procedimientos		Página
Nº Versión	Nº Modific	Fecha	Firma	Fecha	Firma	
		02/09/08		02/09/08		Página 7 de17

 HOSPITAL ITALIANO de Buenos Aires	Norma		Número de Norma	37/08
			Versión	01.00
	Programa de Manejo del Modelo de Medicina Sin Sangre - Pacientes Testigos de Jehová Adultos -		Fecha de Vigencia	03/09/08
			Código	515.NO.01

garantice el acceso efectivo y oportuno a las prestaciones requeridas vinculadas al correcto goce del derecho a la autonomía y libertad de culto. Quienes pueden objetar son los profesionales del cuidado de la salud.

Nota: Todo profesional tiene derecho a la Objeción de Conciencia. El objetor debe suscribir una declaración en donde manifieste que ejercerá la objeción tanto en ámbitos públicos como privados. El profesional podrá cambiar su voluntad dejando sin efecto el rechazo y adhiriendo al modelo, en forma expresa.

9. Requisitos para poder aplicar el Modelo de Medicina Sin Sangre por parte del profesional del cuidado de la salud

Para poder aplicar el modelo de medicina sin sangre por parte del profesional de la salud se deberá requerir:


- Adherencia en forma expresa al modelo de medicina sin sangre

10. Recomendaciones Generales:

- En los casos de duda, cuando ello resulte posible, deberá darse intervención al Comité de Ética, como instancia superior de consulta, para que pueda emitir una recomendación, que no obstante, el médico tratante debe considerar no vinculante.
- Cuando las condiciones lo permitan, es decir cuando no exista una emergencia y haya otro profesional en condiciones de efectuar la asistencia, los profesionales tratantes pueden plantear su "objeción de conciencia" y negarse a la atención de estos pacientes. Cuando las condiciones de la atención no permitan al médico tratante esta conducta, deberá respetar la decisión del paciente, en la medida de lo posible, aplicando todos los tratamientos alternativos que le resultan accesibles a este efecto. Institucionalmente se harán los mejores esfuerzos para permitir la más inmediata derivación a otro profesional.

Directivas anticipadas: El Hospital Italiano reconoce valor a las directivas anticipadas que deben sujetarse a los siguientes requisitos:

Reemplaza		Revisor		Aprobado por Normas y Procedimientos		Página
Nº Versión	Nº Modific	Fecha	Firma	Fecha	Firma	
		02/09/08		02/09/08		Página 8 de17

 HOSPITAL ITALIANO de Buenos Aires	Norma	Número de Norma	37/08
		Versión	01.00
	Programa de Manejo del Modelo de Medicina Sin Sangre - Pacientes Testigos de Jehová Adultos -	Fecha de Vigencia	03/09/08
		Código	515.NO.01


- a) Deben reunir requisitos de fehaciencia que permitan asegurarse que se originan en su suscriptor: escritura pública, o firma certificadas por escribano o autoridad pública; o,
- b) Haber sido indicadas personalmente y suscriptas delante del médico tratante, en cuyo caso este ingresará la información en la historia clínica informatizada, con archivo de documento escrito en la historia clínica de igual formato.
- c) El carnet usualmente llevado consigo por los Testigos de Jehová que da cuenta de su carácter de tales y de la existencia de una directiva anticipada, falta de otra evidencia, será considerado como suficiente certidumbre de la existencia de directiva anticipada en el sentido de la negativa a recibir sangre y hemoderivados.

En los casos de inconsciencia, de existir su designación, el apoderado nominado en las directivas anticipadas tendrá facultades para aclarar y decidir sobre los aspectos accesorios a la decisión del paciente transmitida en aquellas.

Pautas específicas:

- 1. Adulto competente y autónomo, fuera de emergencia en el documento de poner de manifiesto su voluntad:** se debe respetar su autonomía y actuar según su consentimiento, debiéndose asentar tal extremo en la historia clínica.
- 2. Adulto competente y autónomo en emergencia en el momento de poner de manifiesto su voluntad:** se debe respetar su autonomía y actuar según su consentimiento, debiéndose asentar tal extremo en la historia clínica.
- 3. Adulto en emergencia inconsciente, en condiciones de baja lucidez:** cabe manejar dos alternativas según exista o no una directiva anticipada, otorgada según los requisitos explícitos más arriba.
 - 3.a. Si existiera directiva anticipada:** será reconocida como expresión de la voluntad del paciente y se actuará según ella requiera.
 - 3.b. Si no existiera directiva anticipada:** debe actuarse según estándares médicos; no obstante se extremarán las medidas y el uso de tratamientos alternativos a las transfusiones de sangre, considerándose estas como el último recurso.
- 4. Menores emancipados:** los menores emancipados merecen, a todos los efectos, el trato de adulto.

Reemplaza		Revisor		Aprobado por Normas y Procedimientos		Página
Nº Versión	Nº Modific	Fecha	Firma	Fecha	Firma	
		02/09/08		02/09/08		Página 9 de17

 HOSPITAL ITALIANO de Buenos Aires	Norma	Número de Norma	37/08
		Versión	01.00
	Programa de Manejo del Modelo de Medicina Sin Sangre - Pacientes Testigos de Jehová Adultos -	Fecha de Vigencia	03/09/08
		Código	515.NO.01

- 5. Presencia de familiares directos:** en los supuestos de los puntos anteriores se seguirán los criterios así indicados aún cuando existieran parientes directos que requieran una conducta terapéutica distinta.
- 6. Pacientes embarazadas:** si estuviera en riesgo exclusivamente la salud o la vida de la madre se seguirán las reglas aplicables al paciente adulto; en caso de riesgo de vida del niño por nacer, sin perjuicio de extremar las medidas y el uso de tratamientos alternativos a las transfusiones de sangre, se seguirán estándares médicos, dando en lo posible a la paciente la posibilidad de ocurrir judicialmente para obtener una orden judicial en sentido inverso.
- 7. Pacientes con alteración de sus facultades mentales: se procederá de acuerdo a la siguiente descripción:**

En los supuestos en que la aplicación de las transfusiones deba resolverse en forma urgente, personal administrativo del hospital deberá comunicarse telefónicamente con la Defensoría de Menores e Incapaces de turno, (*ver Anexo de Formularios del presente Procedimiento*), para poner en conocimiento de dicho organismo el hecho suscitado y su gravedad.

En dicha oportunidad, la Defensoría interviniente, en función de la gravedad del caso determinará:

a) que el nosocomio formule mediante oficio dirigido a la Asesoría de Menores e Incapaces el pedido de autorización para realizar las transfusiones que sean necesarias. Dicho oficio deberá contener una síntesis de los antecedentes clínicos del paciente y el motivo de la urgencia para realizar las transfusiones de sangre. Una vez confeccionado el despacho (oficio), se deberá remitir por fax a la Defensoría de turno, quién resolverá en forma inmediata la cuestión, informando al hospital por el mismo medio (remiten contestación oficio por fax al nosocomio); y, luego, deberían pasarme el caso para la cuestión formal conforme al punto siguiente:


b) Iniciar un pedido de autorización judicial para concretar la aplicación de las transfusiones.

A la presentación a realizar se deberá adjuntar la historia clínica del paciente y fundar en consideraciones de orden médico y legal la gravedad del caso y la imperiosa necesidad de llevar a cabo las transfusiones.

El pedido de autorización **se inicia ante la Excm. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil**, en donde se sorteará el Juzgado que intervendrá en el proceso.

Una vez radicada la causa en el Tribunal, éste remitirá el expediente al Cuerpo Médico Forense y al Asesor de Menores para que se expidan respecto de la procedencia o denegación del pedido de autorización. Con los dictámenes realizados por los organismos


Reemplaza		Revisor		Aprobado por Normas y Procedimientos		Página
Nº Versión	Nº Modific	Fecha	Firma	Fecha	Firma	
		02/09/08		02/09/08		Página 10 de 17

 HOSPITAL ITALIANO de Buenos Aires	Norma	Número de Norma	37/08
		Versión	01.00
	Programa de Manejo del Modelo de Medicina Sin Sangre - Pacientes Testigos de Jehová Adultos -	Fecha de Vigencia	03/09/08
		Código	515.NO.01

referidos, y en función de los antecedentes planteados en la presentación respectiva, el Juez resolverá.

En los casos en que los médicos posean conocimiento previo de que la realización de transfusiones se realizará o que existen altas probabilidades de que se requiera su aplicación, se deberá proceder conforme lo referido en el punto b) que precede.

Reemplaza		Revisor		Aprobado por Normas y Procedimientos		Página
Nº Versión	Nº Modific	Fecha	Firma	Fecha	Firma	Página 11 de17
		02/09/08		02/09/08		

 HOSPITAL ITALIANO de Buenos Aires	Norma	Número de Norma	37/08
		Versión	01.00
	Programa de Manejo del Modelo de Medicina Sin Sangre - Pacientes Testigos de Jehová Adultos -	Fecha de Vigencia	03/09/08
		Código	515.NO.01

Anexo Formularios:

Rechazo Informado:


HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

Rechazo Informado

En mi calidad de paciente me dirijo al Hospital Italiano de Buenos Aires, al personal medico y de enfermería que me proveerá tratamiento a mi:

(Nombre del paciente y DNI)

Fecha

Por medio de la presente están ustedes debidamente notificado e informado de que, debido a mis **CREENCIAS RELIGIOSAS**, no autorizo ninguna transfusión de sangre entera, glóbulos Rojos, glóbulos blancos, plaquetas o plasma en mi tratamiento medico, y entiendo los riesgos y beneficios que me ustedes me ha explicado claramente.

Considerando que los pacientes autónomos tienen derecho a consentir o rechazar tratamiento, dejo constancia de lo siguiente:

Las siguientes alternativas de transfusión de sangre son aceptables para mi si mi medico tratante considera que son apropiadas.	Rechazo
Producto/Tratamiento/Procedimiento	
Albumina (fracción plasmática) de forma IV o agregada a medicaciones- ej. Procrit, Epogen	
Factores de coagulación (fracción plasmática) – ej. Fibrinógeno, criptoprecipitado, adhesivos tisulares, pegamento de fibrina.	
Recuperador sanguíneo sin almacenamiento de sangre Intraoperatorio/postoperatorio – ej. Cell Saver, OrthoPat	
Diálisis / Maquinaria Corazón-Pulmón	
Hemodilución	
Aféresis	
<i>Factor VII recombinante</i>	

Se me ha informado en forma explícita sobre el diagnóstico, tratamiento propuesto y pronóstico médico, incluyendo las alternativas terapéuticas y los riesgos para mi salud y mi vida, para que luego adoptara esta decisión. Por todo lo antes expuesto, libero al Hospital Italiano de Buenos Aires, a su personal, a los médicos tratantes, y cualquier otra persona participe en mi cuidado, de cualquier responsabilidad cualquiera fuere la reacción desfavorable o cualquier resultado no deseado consecuencia de mi rechazo a permitir el uso de sangre o sus hemoderivados.

Firma _____ Fecha _____ Hora _____
(Paciente/Familiar/Tutor/Representante legal)


Testigo _____ Fecha _____ Hora _____

Testigo _____ Fecha _____ Hora _____

Si firma alguien que no sea el paciente, indicar su relación _____



Reemplaza		Revisor		Aprobado por Normas y Procedimientos		Página
Nº Versión	Nº Modific	Fecha	Firma	Fecha	Firma	
		02/09/08		02/09/08		Página 12 de 17

 HOSPITAL ITALIANO de Buenos Aires	Norma		Número de Norma	37/08
			Versión	01.00
	Programa de Manejo del Modelo de Medicina Sin Sangre - Pacientes Testigos de Jehová Adultos -		Fecha de Vigencia	03/09/08
			Código	515.NO.01

ANEXO

A completar por el médico interviniente: la explicación en forma sencilla del diagnóstico, tratamiento propuesto y pronóstico médico, incluyendo las alternativas terapéuticas y riesgos.

Firma _____ Fecha _____ Hora _____
 (Médico interviniente)


Firma _____ Fecha _____ Hora _____
 (Paciente/Familiar/Tutor/Representante legal)

Testigo _____ Fecha _____ Hora _____

Testigo _____ Fecha _____ Hora _____

Si firmará alguien que no sea el paciente, indicar su relación: _____

Reemplaza		Revisor		Aprobado por Normas y Procedimientos		Página
Nº Versión	Nº Modific	Fecha	Firma	Fecha	Firma	
		02/09/08		02/09/08		Página 13 de17

 HOSPITAL ITALIANO de Buenos Aires	Norma	Número de Norma	37/08
		Versión	01.00
	Programa de Manejo del Modelo de Medicina Sin Sangre - Pacientes Testigos de Jehová Adultos -	Fecha de Vigencia	03/09/08
		Código	515.NO.01

Listado de Adherencia al Programa de Medicina y Cirugía Sin Sangre:



LISTADO DE ADHERENCIA AL PROGRAMA DE MEDICINA Y CIRUGÍA SIN SANGRE

El Programa de Medicina y Cirugía sin Sangre, es una alternativa biomédica a la transfusión sanguínea. Combinando fármacos, equipo y técnicas médicas y quirúrgicas con el fin de reducir o evitar la pérdida de sangre y acelerar su producción por parte del paciente, con el fin de evitar la transfusión alogénica. La firma de este documento de adherencia al Programa de Medicina y Cirugía sin Sangre es voluntaria. **La firma en este listado, luego de haber leído y comprendido el Programa, implica aceptar a la metodología allí expuesta.**

Yo _____ N° de Matrícula _____ del servicio
/ área _____ **adhiero** al Programa de Medicina y Cirugía sin Sangre.

Firma y sello del profesional

____/____/____
(dd/mm/aa)

Yo _____ N° de Matrícula _____ del servicio
/ área _____ **adhiero** al Programa de Medicina y Cirugía sin Sangre.

Firma y sello del profesional


____/____/____
(dd/mm/aa)

Yo _____ N° de Matrícula _____ del servicio
/ área _____ **adhiero** al Programa de Medicina y Cirugía sin Sangre.

Firma y sello del profesional

____/____/____
(dd/mm/aa)

Reemplaza		Revisor		Aprobado por Normas y Procedimientos		Página
N° Versión	N° Modific	Fecha	Firma	Fecha	Firma	Página 14 de 17
		02/09/08		02/09/08		

 HOSPITAL ITALIANO de Buenos Aires	Norma	Número de Norma	37/08
		Versión	01.00
	Programa de Manejo del Modelo de Medicina Sin Sangre - Pacientes Testigos de Jehová Adultos -	Fecha de Vigencia	03/09/08
		Código	515.NO.01

Directivas Anticipadas y Designación de un representante para la atención médica:

Directivas anticipadas y Designación de un representante para la atención médica

Mediante este documento, yo (escriba su nombre completo) _____ titular del documento de identidad (tipo y número) _____ con domicilio en _____ expongo mis instrucciones en materia de salud y designo a un representante para la atención médica que decida por mí en caso de hallarme incapacitado(a). [Complete los espacios a máquina o con letra de imprenta.]

Soy testigo de Jehová y **NO ACEPTO TRANSFUSIONES de sangre completa, glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas o plasma** bajo ningún concepto, aunque el personal médico las crea necesarias para salvarme la vida. También me niego a que me extraigan sangre para almacenarla y transfundirla posteriormente.

Fraciones menores de la sangre: [ponga sus iniciales en las opciones que correspondan]

a) _____ LAS RECHAZO TODAS b) _____ LAS RECHAZO TODAS EXCEPTO: _____

c) _____ Es posible que acepte algunas fracciones menores de la sangre, pero debe hablarse conmigo o, si me hallo incapacitado(a), con mi representante, para conocer los detalles.

Procedimientos médicos que impliquen el uso de mi sangre, salvo las técnicas de diagnóstico (como los análisis de sangre): [ponga sus iniciales en las opciones que correspondan]

a) _____ LOS RECHAZO TODOS b) _____ LOS RECHAZO TODOS EXCEPTO: _____

c) _____ Es posible que acepte ciertos procedimientos médicos que impliquen el uso de mi sangre, pero debe hablarse conmigo o, si me hallo incapacitado(a), con mi representante, para conocer los detalles.

Prolongación de la vida: [ponga sus iniciales en una de las dos opciones]


a) _____ No deseo que prolonguen mi vida si a un grado razonable de certeza médica me encuentro en fase terminal.

b) _____ Deseo que prolonguen mi vida tanto como sea posible dentro de los límites de las normas médicas generalmente aceptadas, aunque esto signifique que tal vez se me mantenga vivo(a) con la ayuda de máquinas durante años.

Información importante y otras instrucciones (medicación actual, alergias, problemas de salud, etc.):

No autorizo a nadie (ni a mi representante) a que pase por alto o anule las instrucciones aquí expuestas. Puede que mi familia inmediata o ciertos parientes o amigos discrepen de mi postura, pero ello no le resta fuerza o solidez a mi rechazo de la sangre ni a las demás instrucciones que he dado.

Reemplaza		Revisor		Aprobado por Normas y Procedimientos		Página
Nº Versión	Nº Modific	Fecha	Firma	Fecha	Firma	
		02/09/08		02/09/08		Página 15 de 17

 HOSPITAL ITALIANO de Buenos Aires	Norma	Número de Norma	37/08
		Versión	01.00
	Programa de Manejo del Modelo de Medicina Sin Sangre - Pacientes Testigos de Jehová Adultos -	Fecha de Vigencia	03/09/08
		Código	515.NO.01

8. Además de los asuntos tratados hasta aquí, designo a la persona mencionada al final para que sea mi representante y tome decisiones por mí en materia de salud. Le otorgo pleno poder y autoridad para aceptar o rechazar tratamientos en mi nombre (incluidas la alimentación y la hidratación artificiales), consultar a mis médicos, recibir copias de mi historial médico y emprender acción judicial a fin de que se respeten mis deseos. Si mi representante no está localizable, no puede o no desea actuar como tal, designo a un representante sustituto para que actúe con el mismo poder y autoridad.
9. Exonero de responsabilidad a los médicos, anesthesiólogos y al hospital y su personal médico por cualquier daño que pudiera ocasionar mi rechazo de la sangre, a pesar de su cuidado competente.

10. _____
Firma _____ Fecha _____

11. **CERTIFICACIÓN**

REPRESENTANTE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA*

Nombre: _____
Tipo y número de documento: _____
Domicilio: _____
Teléfono(s): _____

* Nota: Puede elegir a cualquier adulto para que sea su representante, pero no es recomendable que escoja a su médico ni a nadie que trabaje para él ni a ningún miembro del personal del hospital o la residencia de ancianos donde pudiera ingresar, a menos que tal persona sea su cónyuge o un pariente consanguíneo, o que exista una relación de adopción.

REPRESENTANTE SUSTITUTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA*


Nombre: _____
Tipo y número de documento: _____
Domicilio: _____
Teléfono(s): _____

Directivas anticipadas y Designación de un representante para la atención médica
(Documento firmado. Desdóblese)

NO ACEPTO SANGRE



Reemplaza		Revisor		Aprobado por Normas y Procedimientos		Página
Nº Versión	Nº Modific	Fecha	Firma	Fecha	Firma	
		02/09/08		02/09/08		Página 16 de 17


 HOSPITAL ITALIANO de Buenos Aires	Norma	Número de Norma	37/08
		Versión	01.00
	Programa de Manejo del Modelo de Medicina Sin Sangre - Pacientes Testigos de Jehová Adultos -	Fecha de Vigencia	03/09/08
		Código	515.NO.01

Anexo Listado Defensorias de Menores (para pacientes con alteración de sus facultades mentales):

Defensorías de Menores e Incapaces, con indicación de fechas en que dichos organismos están de turno, con su correspondiente número de teléfono:

DEFENSORÍA	PERIODO
Defensoría N° 1 (tel.: 4384-1276)	1 al 8 de febrero
Defensoría N° 2 (tel.: 4381-8621).	8 al 15 de febrero
Defensoría N° 3 (tel.: 4371-1968).	15 al 22 de febrero
Defensoría N° 4 (tel.: 4382-9731/5460)	22 al 29 de febrero
Defensoría N° 5 (tel.: 4381-2011/13).	29 de febrero al 7 de marzo
Defensoría N° 6 (tel.: 4382-6373).	7 al 14 de marzo
Defensoría N° 7 (tel.: 4382-6891).	14 al 21 de marzo
Defensoría N° 1	21 al 28 de marzo
Defensoría N° 2	28 de marzo al 4 de abril
Defensoría N° 3	4 al 11 de abril
Defensoría N° 4	11 al 18 de abril
Defensoría N° 5	18 al 25 de abril
Defensoría N° 6	25 de abril al 2 de mayo
Defensoría N° 7	2 al 9 de mayo
Defensoría N° 1	9 al 16 de mayo
Defensoría N° 2	16 al 23 de mayo
Defensoría N° 3	23 al 30 de mayo
Defensoría N° 4	30 de mayo al 6 de junio
Defensoría N° 5	6 al 13 de junio
Defensoría N° 6	13 al 20 de junio
Defensoría N° 7	20 al 27 de junio
Defensoría N° 1	27 de junio al 4 de julio
Defensoría N° 2	4 al 11 de julio
Defensoría N° 3	11 al 18 de julio
Defensoría N° 4	18 al 25 de julio
Defensoría N° 7	FERIA JUDICIAL INVIERNO
Defensoría N° 7	FERIA JUDICIAL INVIERNO
Defensoría N° 5	8 al 15 de agosto
Defensoría N° 6	15 al 22 de agosto
Defensoría N° 7	22 al 29 de agosto
Defensoría N° 1	22 de agosto al 5 de septiembre
Defensoría N° 2	5 al 12 de septiembre

Reemplaza		Revisor		Aprobado por Normas y Procedimientos		Página
N° Versión	N° Modific	Fecha	Firma	Fecha	Firma	
		02/09/08		02/09/08		Página 17 de 17

 HOSPITAL ITALIANO de Buenos Aires	Norma	Número de Norma	37/08
		Versión	01.00
	Programa de Manejo del Modelo de Medicina Sin Sangre - Pacientes Testigos de Jehová Adultos -	Fecha de Vigencia	03/09/08
		Código	515.NO.01

Defensoría N° 3	12 al 19 de septiembre
Defensoría N° 4	19 al 26 de septiembre
Defensoría N° 5	26 de septiembre al 3 de octubre
Defensoría N° 6	3 al 10 de octubre
Defensoría N° 7	10 al 17 de octubre
Defensoría N° 1	17 del 24 de octubre
Defensoría N° 2	24 al 31 de octubre
Defensoría N° 3	31 de octubre al 7 de noviembre
Defensoría N° 4	7 al 14 de noviembre
Defensoría N° 5	14 al 21 de noviembre
Defensoría N° 6	21 al 28 de noviembre
Defensoría N° 7	28 de noviembre al 5 de diciembre
Defensoría N° 1	5 al 12 de diciembre
Defensoría N° 2	12 al 19 de diciembre
Defensoría N° 3	19 al 26 de diciembre
Defensoría N° 4	26 al 31 de diciembre

Reemplaza		Revisor		Aprobado por Normas y Procedimientos		Página
N° Versión	N° Modific	Fecha	Firma	Fecha	Firma	Página 18 de 17
		02/09/08		02/09/08		