



1200 N. Highland Avenue  
Aurora, IL 60506  
www.versiti.org

# Programa de Donación de Sangre Autóloga

## Información y Orden del Médico

El programa de donación de sangre autóloga de Versiti Illinois, Inc. permite a los pacientes a donar su sangre para su transfusión propia prevista durante sus cirugías **planeadas**. Sin embargo el uso de sangre autóloga ha disminuido drásticamente en los últimos años, debido al hecho de que se han desarrollado protocolos estrictos de selección de donantes y de análisis de sangre muy sensibles para reducir el riesgo de transmisión de la hepatitis y del virus del SIDA. La donación de unidades autólogas ya no es una práctica habitual.

### Elegibilidad de los donantes

Es la responsabilidad del médico del paciente y el personal médico de Versiti Illinois de determinar si la salud del paciente permitirá al paciente de donar con seguridad.

Lo más pronto posible después de que se tomó la decisión para la cirugía, el formulario "Orden de Donación de Sangre Autóloga" en la última parte de este folleto debe ser completado totalmente. Luego los pacientes deben llamar a cualquiera de los siguientes centros de Versiti Illinois para concertar una cita para su donación. Las donaciones autólogas pueden ser colectadas en los siguientes sitios: Aurora, Tinley Park, Crystal Lake, DeKalb, Joliet, Winfield, Naperville y Highland, IN. Visite la página de web [www.versiti.org](http://www.versiti.org) para las ubicaciones de centros y horas de operación.

Casi cualquier persona programada para un procedimiento quirúrgico planificado que puede requerir la transfusión de sangre es elegible para participar en el programa de donación autóloga. Sin embargo, para la seguridad de los donantes autólogas, ciertas pautas se deben seguir.

### El donante autólogo no puede tener ninguna enfermedad del corazón u otra condición que puede causar una reacción adversa durante la donación de sangre.

Existen varias contraindicaciones para las donaciones autólogas:

1. Estenosis aórtica no gestinado.
2. Ataque de corazón (infarto de miocardio) en los últimos 6 meses.
3. Anemia con el nivel de hemoglobina menos de 12.5 g / dL para las mujeres y 13.0 g / dL para los hombres
4. Tensión arterial más alta que 180/100 mm Hg.
5. Infección activa con o sin tratamiento antibiótico continuo.
6. Convulsiones por los últimos 2 meses.
7. Peso del paciente de menos de 83 libras.

**Nota:** En el caso de que el paciente autólogo no es capaz de entender el procedimiento de donación o responder de manera fiable al cuestionario de historia médica administrado antes de la donación, un representante legal del paciente debe estar disponible para proporcionar la información médica apropiada y / o la autorización de la donación en caso de necesidad.

### Frecuencia de las donaciones

El paciente puede donar una vez antes de su cirugía. Como el periodo de aplazamiento de 8 semanas, que es la norma después de una donación es aplicable para el donante autólogo. Esta donación se debe hacer por lo menos diez días antes de la fecha de la cirugía. El día seleccionado para la donación, el paciente debe pasar un examen físico corto (incluyendo su historial médico, presión arterial, pulso, temperatura, y prueba de anemia) y cumplir con los criterios de elegibilidad para poder donar una unidad de sangre. Este proceso tomará aproximadamente una hora.

## Reacciones Adversas

Aunque es raro, un donante puede desarrollar una reacción adversa durante la colección de sangre o dentro de unas horas después de la donación de sangre. Estas reacciones incluyen, pero no están limitadas a: moretón, inflamación de la vena, desvanecimiento, debilidad, desmayo con pérdida de conciencia o movimientos involuntarios, daño a un nervio, daño a vasos sanguíneos, daño a músculos o tejidos, infección, formación de un coágulo de sangre, y disminución del hierro. Algunas reacciones pueden impedir donaciones autólogas adicionales. En este y otros casos, la sangre de la comunidad dada por los donantes voluntarios puede ser usada para la cirugía del paciente.

**Para prevenir las reacciones, se recomienda que el donante coma algo dentro de las dos horas anteriores de la donación.**

## ¿Qué le pasa a la sangre?

Una etiqueta especial para la sangre autóloga, con información que vincula la unidad al paciente, se colocará en la bolsa de sangre. Componentes solicitados por el médico conservan la etiqueta autóloga especial con la información del paciente, y, después de las pruebas y procesamientos necesarios para la preparación de la sangre, las unidades se entregan al hospital donde la cirugía está planeada.

## Cargos por las unidades autólogas

Porque el programa de donación autóloga requiere los servicios de muchos profesionales capacitados, un tratamiento especial de la sangre, y papeleo adicional, los gastos de tramitación de cada unidad autóloga son más altos que para otras unidades de sangre. Dado que los componentes sanguíneos solicitados por el médico del paciente se retienen para el uso exclusivo del paciente, estos cargos son aplicados incluso si la sangre no se transfunde. Hay cargos adicionales por el envío de las unidades fuera del área de servicio del Versiti Illinois. El seguro de salud (incluyendo Medicare) puede no cubrir las tarifas de procesamiento de sangre autóloga y/o para el procesamiento adicional como sea necesario.

## Transfusión fuera del área de servicio de Versiti Illinois

La colección de unidades autólogas que deben ser transferidas a los hospitales fuera de la zona de servicio tiene que ser aprobada por el departamento de los servicios hospitalarios de Versiti Illinois. **Los gastos de envío y de procesamiento tendrán que ser pagados por adelantado para estas unidades.** Siempre que la sangre autóloga tiene que ser enviada a otros bancos de sangre, los pacientes tienen la responsabilidad de hacer los arreglos por adelantado con estos centros para asegurar que aceptarán estos envíos. **Nota importante:** Las unidades autólogas que son positivas para marcadores de enfermedades infecciosas son enviadas dependiendo de la aprobación del médico y la instalación de transfusión. **Si no están aceptadas, estas unidades se descartarán.**

**Si tiene preguntas relativas a este programa, llame directamente a los “Special Donor Services” (servicios especiales de los donantes) de Versiti Illinois al (630)892-7055. Favor de referir a nuestro sitio web [www.versiti.org](http://www.versiti.org).**

**Para hacer su cita, pida a su médico de llenar el Orden de Donación Autóloga y llame a uno de nuestros centros que colectan las donaciones autólogas para fijar el día y la hora de su donación.**

**Instrucción para el Médico:** Este formulario será considerado su orden y debe ser completado totalmente y firmado. Su paciente debe presentar este formulario en el día de su primera donación. Usted y su paciente debe leer cuidadosamente la información contenida en este folleto.

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido (favor de escribir en letras de molde)

Nombre  Init. M.

Fecha de nacimiento  -  -   
 Código de área Teléfono del hogar

Surgery ID

Patient ID

Unit Number   
 (para el uso de Versiti solamente)

Dirección

Código de área Teléfono del trabajo Ext

Ciudad

Estado Código postal

Correo electrónico

Código de área Teléfono celular

**Las secciones siguientes (en inglés) deben ser llenadas por el médico. El paciente debe firmar el "Consentimiento del paciente" en la última página de este folleto.**

**PATIENT RISK ASSESSMENT**

**Yes**  **No**  Does the patient have any heart disease?  
**If yes, complete CARDIAC CLEARANCE on the reverse side.**

Does the patient have active infection which may serve as a focus for bacteremia?

**Contraindications to Autologous Donation**

1. Unmanaged aortic stenosis.
2. Myocardial infarction within the past six months.
3. Hemoglobin concentration < 12.5 g/dL for females and 13.0 g/dL for males
4. Blood pressure greater than 180/100 mm Hg.
5. Bacteremia or treatment for bacteremia.
6. Seizures within the past two months.
7. Patient's weight less than 83 pounds.

**TRANSFUSION INFORMATION**

Patient Blood Type (ABO & RH)  Date of Surgery  -  -  Diagnosis / Surgical Procedure

Hospital  City

**If not a system hospital, complete the following information.**

Blood Center that supplies the above hospital.

Address

City  Zip Code

**RED BLOOD CELLS (42 Days) will be processed from all donations.**

**Please see other side for completion of order.**

**CARDIAC CLEARANCE** (must be completed if patient has any heart disease/condition)

The afore mentioned patient has the following heart disease/condition(s):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

**Note:** Patients with heart disease/condition will NOT be drawn if clearance is not obtained in writing from the ordering physician.

By authorizing autologous donation, the physician has determined that the patient is stable enough to tolerate blood donation without ill effects.

**PHYSICIAN INFORMATION**

I authorize autologous donation for this patient

Physician Signature

Date

 -  - 

Last Name (please print)

Area Code

Office Phone

 - 

Extension

First Name

Middle Init.

Area Code

Fax Number

 - 

Office or Clinic Name (as appropriate)

Street Address

E-Mail

City

State

Zip Code