



RWJ-9114

**ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTHCARE
(SUPPLEMENTAL FORM)**

2-Hole 1/4 2 3/4 - 3-Hole 1/4 4 1/4

I direct that NO BLOOD TRANSFUSIONS (whole blood, red cells, white cells, platelets, or blood plasma) are to be given to me under any circumstances even if physicians deem blood transfusion necessary to preserve my life or health.

I will accept NON-BLOOD volume expanders (such as saline, dextran, Ringer's lactate solution, hetastarch, gelatin, or perfluorochemicals) and other non-blood management

The following are my wishes and directions regarding procedures, treatment, and blood fractions (please initial):

<input type="radio"/> PRODUCT/TREATMENT/PROCEDURE	ACCEPT	REFUSE
Albumin (minor blood fraction)	_____	_____
Erythropoietin (contains albumin)	_____	_____
Immune globulins/RhoGAM (minor blood fraction)	_____	_____
<input type="radio"/> Hemophiliac/Factor preparations (clotting factors)	_____	_____
Tissue Adhesives (cryoprecipitates) Fibrinogen	_____	_____
Dialysis Equipment (non-blood primed)	_____	_____
<input type="radio"/> Heart-Lung Equipment (non-blood primed)	_____	_____
Intraoperative hemodilution with closed circuit extracorporeal circulation without blood storage (non-blood primed)	_____	_____
Hypervolemic hemodilution (non blood storage)	_____	_____
Intraoperative autologous blood salvage (cell saver) with closed circuit extracorporeal circulation without blood storage (non-blood primed)	_____	_____
<input type="radio"/> Organ Donation and transplantation	_____	_____



01-9114

**DIRECTIVA AVANZADA SOBRE ATENCIÓN MÉDICA
(FORMULARIO COMPLEMENTARIO)**

Instruyo que **NO SE ME PROPORCIONEN TRANSFUSIONES DE SANGRE** (sangre entera, glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas o plasma sanguíneo) en ninguna circunstancia, aun cuando los médicos estimen necesaria la transfusión de sangre para preservar mi vida o mi salud.

Aceptaré expansores de volumen **NO PLASMÁTICOS** (tales como solución salina, dextrano, solución láctica de Ringer, hidroxietil-almidón, gelatina o perfluoroquímicos) y otra administración de productos no hemoderivados.

Lo que expreso a continuación son mis deseos e instrucciones con respecto a los procedimientos, los tratamientos y las fracciones de sangre (coloque sus iniciales, por favor):

PRODUCTO/TRATAMIENTO/PROCEDIMIENTO	ACEPTO	RECHAZO
Albúmina (fracción menor de sangre)	_____	_____
Eritropoyetina (contiene albúmina)	_____	_____
Globulinas inmunes/RhoGAM (fracción menor de sangre)	_____	_____
Preparados hemofílicos/de factor (factores de coagulación)	_____	_____
Adhesivos tisulares (crioprecipitados) Fibrinógeno	_____	_____
Equipo de diálisis (para productos no hemoderivados)	_____	_____
Equipo cardiopulmonar (para productos no hemoderivados)	_____	_____
Hemodilución intraoperatoria con circulación extracorpórea de circuito cerrado sin almacenamiento de sangre (para productos no hemoderivados)	_____	_____
Hemodilución hipervolémica (sin almacenamiento de sangre)	_____	_____
Recuperación de sangre autóloga intraoperatoria (recolección de células) con circulación extracorpórea de circuito cerrado sin almacenamiento de sangre (para productos no hemoderivados)	_____	_____
Donación y trasplante de órganos	_____	_____

