

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TRANSFUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

Paciente:

Nome: _____ Idade: _____ Identidade (RG): _____

AT: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Nome do responsável: _____

Representante/Responsável Legal:

Nome: _____ Identidade (RG): _____

Órgão expedido: _____ CPF: _____

O presente termo temo dever ético de comprovar as informações prestadas ao paciente e/ou responsável, pelo médico (a) assistente, dos principais aspectos relacionados à transfusão sanguínea ao (s) qual (is) será submetido.

Declaro que:

1. Tive acesso à política de direitos do paciente e familiares do Hospital.
2. Nas informações que forneci, nada omiti em relação à minha saúde e hábitos.
3. Recebi todas as informações quanto à(s) transfusão(ões) de hemocomponentes a que serei submetido(a), incluindo seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas, considerando inclusive minhas condições pessoais, tendo sido esclarecido ainda que:
 - a) A transfusão de sangue é usada para tratamento de diversas doenças. Sangramento em acidentes, cirurgias, defeitos na coagulação do sangue, anemia, neoplasias, etc.;
 - b) Embora seja muito pouco frequente, a transfusão pode causar complicações (efeitos indesejáveis), por exemplo:
 - b.1) Reação febril (benigna) não hemolítica;
 - b.2) Reação alérgica;
 - b.3) Aloimunização: semanas após receber transfusão contendo glóbulos vermelhos, o paciente pode vir a fabricar anticorpos contra esses glóbulos vermelhos recebidos;
 - b.4) Hematoma no local da punção da veia;
 - b.5) Transmissão de doenças infecciosas: Hoje em dia, com os cuidados (procedimentos, controles de qualidade, testes sorológicos de última geração) realizados pelo Banco de Sangue, a chance de contaminação por transfusão existe, porém, é extremamente baixa.
 - c) Tenho ciência que as amostras de sangue coletadas antes das transfusões poderão ser encaminhadas para realização de testes para detecção de algumas doenças infectocontagiosas, como AIDS, Hepatite “B” e Hepatite “C”.
4. Foi-me dada à oportunidade de fazer perguntas que foram integralmente respondidas, bem como a opção pelo cancelamento do procedimento de transfusão.
5. Entendo que não exista garantia absoluta quanto aos resultados a serem obtidos.
6. Estou ciente e consinto que o serviço de hemoterapia entre em contato comigo ou com familiares para falar sobre eventual necessidade de repor o estoque de sangue transfundido, visto que a doação é a única maneira de hemoterapia conseguir atender a demanda de transfusões.

Confirmo que recebi, li e compreendi todas as explicações prestadas, que concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade de expressão sobre os pontos com os quais não concordasse, tendo ciência de que, a qualquer momento, poderei revogar o presente consentimento, desde que antes da data da realização do procedimento proposto.

 Aceito receber a transfusão de Hemocomponentes.

 Não aceito receber transfusão de Hemocomponentes.
Motivo: _____

Paciente: _____ Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Responsável ou representante legal

CPF (responsável): _____ Grau de Parentesco: _____

Paciente com acompanhante : Sim Não**Acompanhante ciente:** CPF (acompanhante): _____**PELO MÉDICO:**
 Atesto que expliquei todo o procedimento de transfusão a que o paciente acima referido está sujeito a (o) próprio (a) paciente e/ou seu responsável, informando sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo(s) mesmo(s). Entendo que o paciente e/ou seu responsável compreendeu o que lhe (s) foi informado.

 Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado por tratar-se de situação de urgência.
Médico (a) – Assinatura e Carimbo: _____