



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____
Data Nasc.: ___/___/___ Peso: _____ Prontuário: _____ Leito: _____ Convênio: _____
Nome da mãe: _____

TRANSFUSÃO

Urgência () Rotina () Reservado para: ___/___/___

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

Exames laboratoriais/Diagnóstico/Antecedentes transfusionais: _____

| HEMOCOMPONENTE | UNIDADES | ML | FILTRADAS |
|-------------------------|----------|----|-----------|
| Concentrado de Hemácias | | | |
| Plasma fresco congelado | | | |
| Crioprecipitado | | | |
| Plaquetas | | | |
| Outros | | | |

Familiares comunicados da necessidade de doação () Sim () Não

MÉDICO SOLICITANTE

Carimbo do médico: _____
CRM: _____
Assinatura: _____

DATA: ___/___/___ HORA: _____h _____min



Termo de Consentimento Informado e Esclarecido Transfusão Sanguínea

Por este instrumento particular o (a) paciente _____ ou seu responsável Sr. (a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente o disposto o artigo 39, VI, da Lei 8.078/90¹, que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr. (a) _____, inscrito(a) no CRM - _____ sob o nº _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento designado “**TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES**”. Declaro outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto no art. 9º da Lei 8.078/90² e nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica³, e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento ora autorizado, especialmente quanto ao que segue:

DEFINIÇÃO: a transfusão de hemocomponentes refere-se à transfusão da parte específica do sangue que o paciente necessita, permitindo que o paciente/receptor receba transfusão efetiva e usualmente mais segura do que o uso do hemocomponentes total.

REAÇÕES ADVERSAS: reações leves a grave, de forma imediata ou tardia, sendo as complicações mais frequentes: Febre, alergia, anafilaxia, reação hemolítica, sobrecarga circulatória e contaminação bacteriana.

Estou ciente de que caso ocorra alguma intercorrência grave durante ou após a transfusão de hemocomponentes e o médico assistente julgar necessário, serei imediatamente submetido a devida assistência especializada e que mesmo com a realização de todos os exames sorológicos previstos em lei para garantir a segurança transfusional, dentre eles Hepatite B e C, HIV, Chagas, Sífilis e HTLV, estou submetido a um risco mínimo de adquirir alguma dessas doenças infecciosas.

Autorizo a coleta de amostras do meu sangue para a realização dos testes e exames pré-transfusionais e caso surjam reações transfusionais imediatas ou tardias, para o fornecimento de dados para investigações do Comitê Transfusional e Hemovigilância do Hospital Unimed Noroeste/RS.

Declaro que o presente documento e as condutas médicas a serem aplicadas foram explicados de forma clara e objetiva, inclusive quanto aos benefícios e/ou riscos do tratamento, também me sendo permitido o esclarecimento de dúvidas e tenho ciência de que possuo o direito de revogar estas autorizações de tratamento a qualquer momento, assumindo a inteira responsabilidade por esta decisão.

Por livre iniciativa:

() **ACEITO** a transfusão de hemocomponentes e também a realização dos procedimentos necessários para minimizar os efeitos colaterais e complicações que possam surgir, conforme a melhor conduta médica.

() **NÃO ACEITO** receber transfusões de hemocomponentes, pelo seguinte motivo:

ljuí, _____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente e/ou responsável

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura do médico responsável

Nome: _____

CRM: _____



Termo de Consentimento Informado e Esclarecido Transfusão Sanguínea

CONSENTIMENTO INFORMADO NÃO OBTIDO: EMERGÊNCIA

Devido ao estado clínico do paciente que se encontra em situação de emergência e/ou risco de morte iminente, ou ainda diante da possibilidade de deterioração das funções vitais, não foi possível fornecer ao paciente ou ao seu responsável as informações necessárias para obtenção deste consentimento informado. Assim, baseado no melhor julgamento clínico, optei por realizar os procedimentos necessários e adequados pelas melhores práticas médicas buscando melhorar a situação clínica do paciente em questão, sendo os registros devidamente efetuados em seu prontuário.

Assinatura do médico responsável

Nome: _____

CRM: _____

Código de Ética Médica - Resolução CFM n° 1.931/09:

É vedado ao médico:

Art. 22 - Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 24 - Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 31 - Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 34 - Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar danos, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 - Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9 - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art.39 - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI - executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização.