



**GRUPO GESTOR DE
SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA**
**TERMO DE RECUSA DE TRANSFUSÃO
OU PROCEDIMENTOS HEMOTERÁPICOS**



Na ausência da etiqueta é obrigatório o preenchimento dos dados abaixo

Paciente: _____
Nome Social (quando aplicável): _____
Endereço: _____
DN: ____/____/____ CPF: _____ RG: _____ Órgão Expedidor: _____

Eu, _____,
data de nascimento ____/____/____, documento de identidade: _____,
CPF: _____ e telefone: _____. Estou sendo tratado no Hospital
_____ em decorrência do diagnóstico/CID:
_____.

1. Recebi orientação e compreendi todas as informações fornecidas pela equipe médica. Para realização do meu diagnóstico e/ou tratamento, com segurança, é essencial a realização de:

- () Transfusão de Sangue e Hemocomponentes;
() Infusão de Hemoderivados- produto industrial obtido pelo fracionamento do plasma;
() Procedimento de aférese terapêutico utilizando fluido de reposição;
() Procedimento de sangria terapêutica utilizando ou não fluido de reposição;
() Autotransfusão intraoperatória.

2. Estou ciente dos benefícios da transfusão e/ou do(s) procedimento(s) hemoterápico(s) indicado(s) e, por motivos pessoais (de convicção religiosa), me recuso a ser submetido a este(s) tratamento(s) específico(s), tendo sido detalhadamente esclarecido pela equipe médica todos os riscos pela sua não realização, inclusive risco de morte.

3. Isento totalmente a equipe médica e o Hospital de responsabilidade por quaisquer danos que possam resultar do cumprimento da minha decisão, tomada de forma esclarecida e livre de qualquer tipo de constrangimento ou coação.

_____, ____ de ____ de 20____ Hora: ____:____

Assinatura do Paciente

PELO MÉDICO:

Expliquei todo o procedimento ao paciente acima identificado, além das eventuais alternativas e riscos decorrentes de sua recusa em ser submetido ao(s) procedimento(s) hemoterápico(s) indicados, tendo respondido às perguntas formuladas.

De acordo com meu entendimento, o paciente está em condições de compreender o que lhe foi informado.

_____, ____ de ____ de 20____ Hora: ____:____

Médico - Assinatura e Carimbo: _____