



**TERMO DE CONSENTIMENTO
LIVRE E ESCLARECIDO
TRANSFUSIONAL**

TER.ESP.0093/01
Implantação: 09/2011
1ª Revisão: 09/2022
Classificação: RESTRITO

NOME COMPLETO : _____, Nascido (a)
em: ___/___/___ RG: _____, CPF: _____ Eu,
acima identificado, na condição de paciente do Hospital Unimed Chapecó ou de Responsável legal
pelo paciente _____, estando em pleno gozo de
minhas faculdades mentais, autorizo todos os profissionais vinculados à assistência do paciente, a
realizar o tratamento hemoterápico, que inclui a transfusão de concentrado de hemácias, plasma,
plaquetas e/ou crioprecipitado.

Este consentimento e as condutas médicas foram explicados de forma clara e objetiva, inclusive em
relação à terapia transfusional e quanto aos benefícios e/ou riscos do tratamento, também me sendo
permitido a realização de perguntas, onde todas as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Estou ciente que poderá haver reações leves a graves, imediatas ou tardias da transfusão de sangue
ou hemocomponentes, como náuseas, dispnéia, reações alérgicas, reação febril não-hemolítica,
hemolítica aguda, TRALI (Transfusion Related Lung Injury), hipotensão, sobrecarga volêmica,
contaminação bacteriana, doenças infecciosas, entre outros.

Também estou ciente que caso ocorra alguma intercorrência grave durante ou após a transfusão de
sangue e/ou hemocomponentes, e o médico assistente julgar necessário, serei imediatamente
submetido à devida assistência especializada.

Fui prevenido quanto à possibilidade de infecção grave, sendo orientado a procurar o serviço de
emergência caso apresente febre, mal estar geral, ou outra manifestação clínica não habitual, após a
alta ambulatorial ou hospitalar.

Estou ciente que mesmo com a realização de todos os exames sorológicos previstos em lei para
garantir a segurança transfusional, como, Hepatite B e C, HIV, Chagas, Sífilis e HTLV, estou
submetido a um risco mínimo de adquirir alguma dessas doenças infecciosas após a transfusão de
sangue e/ou hemocomponentes.

Fui informado que, pequenas amostras do meu sangue serão coletadas para a realização de testes e
exames pré-transfusionais e no surgimento de reações transfusionais imediatas ou tardias, para
fornecer dados para estudos e investigações do Comitê Transfusional e Hemovigilância do Hospital
Unimed Chapecó.

Possuo o direito de revogar estas autorizações de tratamento a qualquer momento, assumindo a
inteira responsabilidade por esta decisão.

Por livre iniciativa autorizo a transfusão de sangue e/ou hemocomponente e também os
procedimentos necessários para minimizar os efeitos colaterais e complicações que possam surgir,
conforme a melhor conduta médica.

Chapecó, ___ de _____ de _____.

Assinatura do paciente e/ou responsável

Assinatura do médico assistente

Testemunha 1

Testemunha 2