



TERMO DE ESCLARECIMENTOS, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO INFORMADO

TRATAMENTO COM HEMOCOMPONENTES E/OU HEMODERIVADOS

Por este instrumento, o(a) paciente _____
_____ portador(a) da RG nº _____, e/ou seu(ua)
responsável _____, RG nº _____, declara que irá
realizar a administração de:

Concentrado de Hemácias Concentrado de plaquetas _____

Concentrado de plasma Outros _____

1- Fui informado(a) pelo(a) médico(a) que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões), diagnóstico(s) e prognóstico de meu estado de saúde:

_____	CID	_____
_____	CID	_____
_____	CID	_____

2- Recebi todas as explicações necessárias, em linguagem clara e acessível, quanto à(s) patologia(s), riscos, tratamento proposto, seus riscos, benefícios, efeitos colaterais, prognóstico, alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre os riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s).

3- Estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, autorizo todos os profissionais vinculados à assistência do(a) paciente a realizar o tratamento com hemocomponentes (concentrado de hemácias, plaquetas, granulócitos, plasma e/ou crioprecipitado) ou hemoderivados (albumina, fatores de coagulação e imunoglobulina) e também os procedimentos necessários para minimizar os efeitos colaterais e complicações que possam surgir.

4- Fui orientado(a) que os hemocomponentes e hemoderivados são preparados e testados de acordo com normas rígidas estabelecidas pela ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Portaria nº 2712 de 13 de novembro de 2013 e RDC nº 57 de 16 de dezembro de 2010), complementadas por normas Internacionais de Transfusão, mas, mesmo assim, há uma chance de haver reações adversas relacionadas à transfusão. As reações poderão ser consideradas leves a graves, imediatas ou tardias, com sinais e sintomas como náuseas, febre, sudorese, calafrios, ou ainda, dispneia, e serem classificadas como reações alérgicas, reação febril não hemolítica, hemolítica aguda, TRALI (Transfusion Related Lung Injury), hipotensão, sobrecarga volêmica, contaminação bacteriana, doenças infecciosas, entre outras.

5- Fui prevenido(a) quanto à possibilidade de infecção grave, sendo orientado(a) 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 Hepatites B e C, HIV, Chagas, Sífilis e HTLV, estou submetido(a) a um risco de adquirir alguma dessas doenças infecciosas após a transfusão dos hemocomponentes.

6- Fui informado(a) que amostras do meu sangue serão coletadas para a realização de testes e exames pré-transfusionais e, no surgimento de reações transfusionais imediatas ou tardias, exames pós-transfusionais.



TERMO DE ESCLARECIMENTOS, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO INFORMADO

7- Este Termo de Consentimento Informado e Esclarecido está de acordo com as disposições do novo Código de Ética Médica vigente a partir de 13 de abril de 2010, publicado no Diário Oficial da União em 24 de setembro de 2009, em especial com as disposições de seu Capítulo IV, artigo 22: “É vedado ao médico 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.”

8- Por livre e autônoma manifestação de vontade, após ampla discussão de todas as questões levantadas, sentindo-me plenamente esclarecido(a) em todas as dúvidas que suscitei e demais que foram suscitadas pelo(a) médico(a), autorizo que o(s) tratamento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, conforme a indicação médica.

10- Esta autorização é dada ao(à) médico(a) bem como ao(s) membro(s) de sua equipe e/ou outro(s) profissional(ais) por ele selecionado(s) a intervir no(s) tratamento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional quanto à necessidade de coparticipação.

11- Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) tratamento(s), após ter lido e compreendido todas as informações constantes neste documento, antes de sua assinatura.

12- Consinto, portanto, que o(a) médico(a) realize o(s) tratamento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, através dos recursos conhecidos na atualidade pela medicina e disponível no local do(s) tratamento(s) componentes.

Maceió, _____ de _____ de 20____

Assinatura Beneficiário(a)/Responsável: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha 01: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha 02: _____

CPF: _____

PREENCHIMENTO DO(A) MÉDICO(A) ASSISTENTE

Expliquei todo o procedimento a que o(a) paciente acima referido(a) está sujeito(a), ao(à) próprio(a) paciente e/ou seu(ua) responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por ele(s). De acordo com o meu entendimento, o(a) paciente e/ou seu(ua) responsável está em condições de compreender o que lhe(s) foi informado.

Médico(a) assistente:

CRM

CARIMBO MÉDICO

Assinatura: _____