

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TRANSFUÇÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES

Nome do Médico: _____ CRM: _____

Unidade de Saúde onde se realiza o procedimento: _____

Identificação do Paciente:

Nome: _____ Idade: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

CPF: _____ RG: _____

Identificação do Responsável: (No caso de pacientes menores de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado).

Nome: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

CPF: _____ RG: _____

Eu, acima identificado, na condição de paciente da Unidade de Saúde, ou de responsável legal, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para fins legais que:

1. Estou ciente da necessidade de realização de transfusão de sangue e de seus componentes, indicada pelo(a) médico(a) supracitado.

2. Fui informado sobre o procedimento que será realizado, tendo sido orientado quanto aos seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis, pude fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente, em linguagem compreensível, permitindo o adequado entendimento, inclusive quanto aos benefícios e/ou complicações potenciais e riscos no caso de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da necessidade diagnosticada.

3. Declaro consentir com a administração de hemocomponentes durante minha internação até o curso completo do tratamento.

4. Compreendo que, conforme esclarecido, apesar da seleção dos doadores e dos testes sorológicos com resultados não reagentes (negativos), produtos do sangue podem, raramente, transmitir doenças infecciosas (tais como: AIDS, Sífilis, Hepatite e Chagas), devido à "janela imunológica". Esta "janela imunológica" é o período em que a pessoa (doador) contraiu alguma infecção, mas os exames ainda não são reagentes para permitir a detecção.

5. Estou ciente, também, que posso apresentar reações imprevisíveis durante ou imediatamente após a transfusão, tais como febre, calafrio e urticária. Nessa situação, serei avaliado e acompanhado pelo médico, sendo que autorizo a realização de outro procedimento, exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos; tal conduta para afastar os riscos prejudiciais à saúde e à vida.

6. Por livre iniciativa, autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi(ram) exposto(s) no presente termo, inclusive quanto aos procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e emergenciais, as quais serão conduzidas de acordo com a avaliação técnica do médico acima autorizado e equipe, para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, por meio dos recursos conhecidos da Medicina e disponíveis no local onde se realizará o tratamento.

Certifico que este termo foi explicado a mim, e que o li, ou que foi lido para mim, tendo entendido todo o seu conteúdo e por isso:

() autorizo a realização do procedimento.

() não autorizo a realização do procedimento, pelo seguinte motivo: _____

_____/_____/_____, às ____ horas e ____ minutos.

Assinatura do Declarante

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Circunstâncias de Emergência / Risco de Morte: Preencher este Consentimento Informado "Não Obtido": Declaro que, devido ao estado clínico do paciente ou à emergência/risco de morte identificado, não foi possível fornecer ao paciente as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Por este motivo, na tentativa de afastar os riscos prejudiciais à saúde e à vida, solicitei transfusão de hemocomponentes em quantidade suficiente para melhorar sua situação clínica do paciente, com base em avaliação técnica.

Médico solicitante: _____ CRM nº: _____

Assinatura

Assinatura do paciente ou responsável _____ minutos. _____ horas e _____ minutos. _____ / _____ / _____, às _____ horas e _____ minutos. _____ (Local)

Revogação deste consentimento: _____