

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFUSÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES

Este Termo de consentimento livre e esclarecido tem o objetivo **de informar ao paciente e/ou ao seu acompanhante/responsável/representante legal, todos os aspectos relacionados à TRANSFUSÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES** que o paciente necessitará, complementando as informações prestadas pelo médico assistente e pela equipe multidisciplinar do Hospital Sepaco.

Eu (paciente / nome completo) _____

Data de nascimento _____ nome da mãe (completo) _____

_____.

Para paciente com incapacidade civil / mental (acompanhante e / ou responsável legal)

Eu (nome completo), _____,

portador da cédula de identidade nº _____, responsável pelo (a)

paciente (nome completo) _____

Data de nascimento _____ e nome da mãe (completo) _____

_____.

Indicação/Diagnóstico: _____

Data da realização: ____/____/____.,

Declaro que:

1. Após a realização de exames, cuidados e avaliações fui informado da necessidade e indicação da transfusão de sangue e/ou hemocomponentes (concentrado de hemácias, concentrado de plaquetas, plasma e/ou crioprecipitado);
2. Recebi todas as informações necessárias relacionadas à transfusão, a técnica a ser utilizada, os riscos de realizá-la ou não, os seus benefícios, possíveis intercorrências, eventuais complicações e, também, possíveis alternativas de tratamento. Tudo foi devidamente esclarecido, todas as minhas perguntas foram detalhadamente respondidas e as minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente;
3. Fui informado que, eventualmente, em decorrência de situações ainda não diagnosticadas ou de complicações emergenciais, inesperadas e não discutidas ou previstas, poderá ser necessário qualquer procedimento cirúrgico ou invasivo, a realização de novos exames e a aplicação de medicamentos, conforme o caso;
4. Estou ciente que o sangue e hemocomponentes a serem recebidos preveem de doações não

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFUSÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES

remuneradas e foram submetidos às técnicas de fracionamento, armazenamento, teste imunohematológicos e sorológicos de acordo com as normas legais vigentes no país;

5. Tenho consciência que, apesar de todos os exames sorológicos realizados e de um rigoroso controle de qualidade em todas as suas etapas, ainda há o risco residual de contrair alguma doença infectocontagiosa como, por exemplo, Hepatite B e C, AIDS, Sífilis e Doença de Chagas, ou Vírus HTLVI/II;
6. Fui esclarecido que, mesmo com a realização de provas de compatibilidade, não existe qualquer garantia de resultado do tratamento e que todo tipo do procedimento pode ter complicações inesperadas, risco de sequelas graves, incapacidade permanente e até de morte;
7. Prestei ao médico todas as informações relativas à saúde e hábito do paciente, presentes e passadas, clínicas e cirúrgicas, inclusive as medicações em uso ou já utilizada, e fui avisado que qualquer omissão ou informação equivocada poderá trazer graves prejuízos ou comprometer o resultado do tratamento;
8. Estou plenamente informado e satisfeito com as informações recebidas e sei que poderei esclarecer quaisquer novas dúvidas que possam surgir em qualquer fase do tratamento e;
9. Estou ciente que no momento da alta o paciente deverá estar necessariamente acompanhado por uma pessoa adulta.

LI, COMPREENDO, ESTOU CIENTE E DE ACORDO COM TODO O CONTEÚDO DESTES TERMOS, AUTORIZO EXPRESSAMENTE A REALIZAÇÃO DE TRANSFUSÃO DE SANGUE E/OU HEMOCOMPONENTES.

(Reservo-me o direito de revogar, total ou parcialmente, este consentimento antes da realização do procedimento).

Deve ser preenchido pelo paciente ou responsável/acompanhante:

Paciente Responsável / acompanhante

Nome _____

Grau de parentesco _____ assinatura _____

São Paulo, ____ / ____ / ____

Hora: _____:_____

Deve ser preenchido pelo médico:

Declaro para os devidos fins e efeitos que expliquei ao paciente (ou seu acompanhante /responsável/representante legal) de forma clara e objetiva **o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos da transfusão de sangue** a ser realizada, assim como os seus benefícios e alternativas, esclarecendo suas dúvidas e deixando-o livre para decidir sobre a sua realização. De acordo com o meu entendimento, o paciente (ou seu acompanhante/responsável/representante legal) está em perfeitas condições de compreender todo o conteúdo desde Termo e de autorizar a realização do procedimento indicado.



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

Nome do médico _____ CRM _____

Assinatura: _____ São Paulo, ____ / ____ / ____ .