



Hospital São Paulo
Termo de consentimento livre e esclarecido para transfusão de sangue e hemocomponentes



Dados do paciente – preencher quando não houver etiqueta
Nome: _____
Data de Nascimento: _____ / _____ / _____
CPF: _____

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

Identificação do Responsável:

Nome: _____ Data de nascimento _____ / _____ / _____

CPF: _____ Grau de parentesco: _____

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

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

2- Fui informado sobre o procedimento que poderá ser 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 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 (negativo), 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 de 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** receber transfusão de sangue e/ou hemocomponentes.

() **NÃO AUTORIZO** receber transfusão de sangue e/ou hemocomponentes e declaro estar ciente dos riscos decorrentes desta decisão, pelo motivo _____

_____ Data _____ / _____ / _____ Hora: _____ h _____.

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

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 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 a situação clínica do paciente, com base em avaliação técnica.

Médico solicitante _____ CRM n° _____

 Assinatura