

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA TRANSFUSÃO SANGUÍNEA E DE HEMOCOMPONENTES

| | |
|---------------------|-------------------|
| Nome do Paciente: | |
| Data de Nascimento: | Nº da Internação: |

Eu, abaixo assinado, declaro que:

Fui informado acerca da necessidade de receber transfusão de hemocomponentes (Concentrado de Hemácias, Plasma fresco, Plaquetas ou Crioprecipitado), devido à minha situação clínica atual. As chances de minha recuperação e melhora serão significativamente aumentadas ao receber os hemocomponentes.

Fui esclarecido que é esperado, com a transfusão, a correção da anemia com melhora da oxigenação dos órgãos. Também me foi explicado que podem ocorrer reações adversas, conforme citadas abaixo.

Os hemocomponentes a serem administrados são preparados e testados de acordo com as normas da Comunidade Científica Internacional e estabelecidas pela ANVISA (RDC Nº 1353, 13 de junho de 2011). Apesar disso, me foi esclarecido que existe uma pequena chance (uma em mil), de o produto sanguíneo ser incompatível com meu organismo, podendo ocorrer algum tipo de reação transfusional, sendo as mais comuns as alérgicas (prurido) e febris, as quais têm grandes chances de serem tratadas com sucesso. Também me foi esclarecido que há outras reações que, em raras ocasiões, podem ser mais agravantes, como insuficiência respiratória (uma em duzentos e cinquenta mil transfusões). Entendo, igualmente, que mesmo com os testes mais atualizados e que são usados pelo Hemocentro do Rio Grande do Sul, há uma pequena chance de que os hemocomponentes possam conter vírus que, ao entrarem em meu organismo, podem não ser reconhecidos como causadores de infecção por meses ou anos. Compreendi, ainda, que são ínfimas as minhas chances de contrair hepatite viral (aproximadamente trinta em cada um milhão de transfusões), assim como de contrair HIV (aproximadamente três em um milhão de transfusões). Também tive a oportunidade de perguntar questões relacionadas à transfusão dos hemocomponentes.

Com minha autorização, eu consinto com a administração da transfusão e concordo que este Termo de Consentimento Informado e Esclarecido possa servir para consentimento de transfusões adicionais, caso necessárias no tempo em que permanecer esta hospitalização ou até completar o curso terapêutico desta doença, conforme o número de registro, uma vez que futuras transfusões de hemocomponentes podem vir a ser necessárias.

Certifico que este termo me foi explicado e que o li, ou foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo, na forma prevista pelo art. 39, inciso VI, do Código de Defesa do Consumidor. Declaro, por fim, que todas as dúvidas e questionamentos foram esclarecidos, de acordo com o disposto nos artigos 22 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9º do Código de Defesa do Consumidor.

() AUTORIZO A TRANSFUSÃO SANGUÍNEA.

() RECUSO A TRANSFUSÃO SANGUÍNEA, E ISENTO A EQUIPE MÉDICA E HOSPITAL SAPIRANGA DE QUAISQUER DANOS QUE A NÃO REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO POSSA CAUSAR.

Sapiranga, _____ de _____ de 20____.

| | |
|---|------|
| Nome completo do Paciente ou Responsável***: | |
| Assinatura: | CPF: |

***Quando o paciente for menor de 18 anos, possuir responsável legal ou não estiver em condições de discernir assinar este documento.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA TRANSFUSÃO SANGUÍNEA E DE HEMOCOMPONENTES

Médico responsável pela aplicação do termo de consentimento informado

Assinatura e carimbo do médico:

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO E ESCLARECIDO NÃO OBTIDO DEVIDO A EMERGÊNCIA MÉDICA OU RISCO DE MORTE

Devido à condição médica de emergência ou risco de morte, declaro que não forneci ao paciente informações suficientes para serem consideradas no presente Termo de Consentimento Informado e Esclarecido, mas, procedi em fornecer os hemocomponentes conforme solicitados e que fossem administrados em quantidade suficiente para melhorar ou reverter a condição clínica ameaçadora da vida do paciente.

Sapiranga, _____ de _____ de 20____.