

Nome Completo: _____

Nome Social: _____

Sexo: () M () F () Outros Data de nascimento: ____/____/____ Registro: _____ Unidade: _____

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL (No caso de paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado).

Nome: _____ CPF: _____

Endereço: _____ Tel: _____

A transfusão de componentes do sangue está indicada em casos onde há diminuição dos destes constituintes (hemoglobina e hematócrito, plaquetas, fatores da coagulação e granulócitos) por intercorrências agudas ou crônicas, onde o médico assistente indica a transfusão dos hemocomponentes em pacientes com repercussão clínica tais como anemia, instabilidade hemodinâmica e sangramentos com risco de hemorragia.

Os hemocomponentes são preparados, testados e liberados para utilização de acordo com a Legislação vigente, Portaria número 5 de Consolidação do Ministério da Saúde de 28 de julho de 2017 e de acordo com rígidas normas de segurança da Vigilância do Sangue/ANVISA, mas mesmo assim o procedimento transfusional ainda apresenta riscos (doença infecciosa, imunossupressão, aloimunização), devendo ser realizado somente quando existe indicação precisa e nenhuma outra opção terapêutica.

Apesar da indicação precisa e administração correta, reações às transfusões podem ocorrer. A reação transfusional é, portanto, toda e qualquer intercorrência que ocorra como consequência da transfusão sanguínea, durante ou após a sua administração.

O procedimento transfusional proposto _____ me foi explicado de forma clara pelo Profissional _____ tendo sido explicado quanto a sua indicação, seus benefícios, riscos e complicações potenciais, sendo possível realizar perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente, inclusive quanto aos riscos de não ser realizado o ato transfusional.

Tenho conhecimento que durante o procedimento proposto, caso apareçam sintomas como febre, tremores, dor abdominal, dor torácica, alteração na cor da urina ou outros sintomas, estes deverão ser imediatamente comunicados à equipe de enfermagem e ao Serviço de Hemoterapia, para que sejam tomadas as providências cabíveis. Estou ciente de que seria impossível descrever no presente Termo todas as complicações e riscos possíveis de acontecer no procedimento que me está sendo proposto, mas fui informado a respeito de todas as situações mais frequentes.

Eu tive a oportunidade de fazer perguntas relativas à transfusão de hemocomponentes e com minha assinatura estou dando consentimento para que o Serviço de Hemoterapia do Hospital, faça a administração do Hemocomponente durante a minha internação até o curso completo deste tratamento ou doença.

Rio de Janeiro, ____ de _____ 20 ____

Hora: ____ : ____

Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu responsável/Representante Legal, conforme o termo acima.

Paciente/responsável

Profissional Hemoterapia

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO(A) CIRURGIÃO(Ã) EM CASO DE EMERGÊNCIA

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.

Cirurgião(ã) /Médico

Testemunha