

## Termo de Consentimento Informado

### Transfusão de Sangue e Hemocomponentes

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

**Procedimento:** \_\_\_\_\_

#### Informações Gerais

A transfusão de hemocomponentes (componentes do sangue) tem o objetivo de repor um ou mais dos seguintes constituintes do sangue: Glóbulos Vermelhos (hemácias), Plaquetas e Fatores de Coagulação, conforme necessidade determinada pela condição clínica do paciente, gerada por doença, cirurgia, hemorragia ou, ainda, como prevenção em procedimentos, exames invasivos ou tratamentos. Por se tratar de uma intervenção médica, a transfusão de hemocomponentes não é um procedimento isento de risco, cuja avaliação risco/benefício caberá ao respectivo médico solicitante.

#### Esclarecimentos:

Informo que estou ciente da possibilidade de realização da transfusão de hemocomponentes e declaro que:

- a) Recebi explicações sobre tal possibilidade devido ao quadro clínico do paciente;
  - b) Tive a oportunidade de perguntar e me foram esclarecidas as questões relacionadas à transfusão dos hemocomponentes, inclusive de alternativas à sua realização;
  - c) Estou ciente de haver necessidade de transfusão de hemocomponentes independente do credo religioso do paciente;
  - d) Fui informado que poderão ser colhidas amostras de sangue para testes pré-transfusionais;
  - e) Fui informado que o preparo dos hemocomponentes segue a legislação e normas vigentes da ANVISA e Ministério da Saúde;
  - f) Tenho ciência de que a transfusão encerra em si riscos de reações transfusionais imediatas, a exemplo da ocorrência de infecções bacterianas, febre, calafrios, alergia, e em casos excepcionais, alterações respiratórias graves ou reações por incompatibilidade sanguínea;
  - g) Tenho ciência de que os testes sorológicos e de detecção de partícula virais realizados no sangue doado têm por objetivo evitar a transmissão de patógenos como os causadores das hepatites B e C, HIV, HTLV, doença de Chagas e Sífilis e que, apesar de todo o avanço tecnológico na realização desses testes existe um risco residual de que determinado patógeno não seja detectado e ser transmitido (período de janela imunológica), cuja estatística é variável para cada tipo de patógeno;
  - h) Também estou ciente que caso haja alguma intercorrência durante ou após a transfusão de hemocomponentes e se a equipe assistencial julgar necessário, novas amostras de sangue serão colhidas e poderei ser submetido à assistência especializada;
  - i) Por livre iniciativa autorizo a transfusão de hemocomponentes e também procedimentos para minimizar os efeitos colaterais e complicações que possam advir, conforme a melhor conduta médica, durante minha internação ou durante as transfusões ambulatoriais até o curso completo da doença ou tratamento;
  - j) Confirmando que recebi explicações, li ou me foi lido, compreendi e concordo com os itens acima referidos. Confirmando, ainda, que me foi exposta a possibilidade de revogar o presente termo a qualquer momento antes da realização do procedimento.
- ( ) ACEITO receber transfusão de sangue e/ou seus componentes;
- ( ) NÃO ACEITO receber transfusão de sangue e/ou seus componentes e declaro estar ciente dos riscos decorrentes dessa decisão.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Assinatura do paciente ou responsável legal)

Hospital  
SANTA IZABEL

## Termo de Consentimento Informado

### Transfusão de Sangue e Hemocomponentes

#### Campo a ser Preenchido pelo Médico:

Circunstâncias de emergência/Risco de vida: CONSENTIMENTO INFORMADO NÃO OBTIDO.

Se o paciente não puder assinar este termo de consentimento, por favor, indique a razão:

( ) Inconsciente                      ( ) Sem orientação espaço/tempo adequada                      ( ) Alteração do estado cognitivo.

Devido ao estado clínico do paciente, ou à emergência / risco de vida, não foi possível fornecer ao paciente ou familiares as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Eu solicitei transfusão de hemocomponentes em quantidade suficiente para melhorar a situação clínica.

**OBS:** “No caso do consentimento informado não ser obtido pelas causas acima citadas, o médico levará em consideração suas diretrizes antecipadas de vontade, anexadas ao prontuário. (Resolução CFM nº 1995/2012)“.

( ) Declaro que expliquei todo o procedimento a que o paciente supracitado está sujeito, ao próprio paciente e/ou ao seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas. De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

( ) Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por se tratar de situação de Urgência / Emergência. Solicito transfusão de hemocomponentes em tipo e quantidade suficiente para melhorar a situação clínica do paciente, conforme registrado em prontuário.

#### Assinaturas

Médico

Paciente / Responsável

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

\* Imprimir 3 vias (paciente e prontuário)