

Paciente: _____

Carteira Identidade: _____ **Data Nascimento:** _____

Responsável legal: _____

Carteira Identidade: _____

Informo que estou ciente da possibilidade de realização de hemotransfusão e declaro expressamente que:

- Recebi explicações claras da possibilidade de realização de transfusão de hemocomponentes (concentrado de hemácias, plasma fresco, plaquetas ou crioprecipitado), devido à situação clínica atual do paciente.
- Tive a oportunidade de perguntar e recebi esclarecimento de todas as questões relacionadas à transfusão dos hemocomponentes; inclusive sua necessidade e concordância para realização de hemotransfusão de forma livre e consentida pelo paciente/responsável que seja adepto ou tenha convicção religiosa de testemunha de Jeová, dentre outras.
- É esperado, com a transfusão, que ocorra a correção da anemia com melhora da oxigenação dos órgãos, da falta de ar, da tontura, da fraqueza.
- Os hemocomponentes a serem administrados, são preparados e testados de acordo com as estritas normas da Comunidade Científica Internacional e estabelecidas pela ANVISA (RDC N° 1353, 13 de junho de 2011).
- Existe uma pequena chance, (uma em mil), de o produto sanguíneo ser incompatível com o organismo do paciente.
- Podem ocorrer reações transfusionais adversas sendo as mais comuns alergias (prurido) e febris, as quais têm grandes chances de serem tratadas com sucesso. Há outras reações que, em raras ocasiões, podem ser mais agravantes, como insuficiência respiratória (uma em duzentos e cinquenta mil transfusões).
- Mesmo com os testes mais atualizados e que são usados pelo Serviço de Hemoterapia do Hospital Lifecenter, há uma pequena chance de que os hemocomponentes possam conter vírus que, ao entrarem no organismo do paciente, podem não ser reconhecidos como causadores de infecção por meses ou anos. Existem chances de contrair hepatite viral podem ser aproximadamente de trinta em cada um milhão de transfusões, assim como contrair HIV de três em um milhão de transfusões.

Este consentimento é válido para o período de internação e se aplica aos pacientes clínicos e cirúrgicos com prescrição médica ou reserva de sangue/hemocomponentes para cirurgia.

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA HEMOTRANSFUSÃO E HEMOCOMPONENTES

(Consentimento informado - Norma Técnica Resolução SS-169 de 19/06/96)

Campo a ser preenchido pelo paciente e ou responsável:

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

Certifico que este termo me foi explicado e que o li, ou que foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo a realização do procedimento.

Atesto que neste momento recebi uma cópia e possuo pleno conhecimento de todo o presente termo, o qual é composto por **2 (duas) vias**.

Assinatura paciente ou responsável

Testemunha 1: _____

Testemunha 2: _____

Em complemento as informações fornecidas acima ao prescrever a transfusão de sangue, declaro que esclareci todas as dúvidas pertinentes ao próprio paciente e/ou seu responsável e respondi às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado e o tratamento proposto.

Profissional orientador: _____ Nº Conselho: _____

Assinatura: _____

Data: ___ / ___ / ___

Assinatura/CRM/carimbo do médico responsável

Consentimento informado não obtido: Emergência e Urgência

Hora: _____ Data: ___ / ___ / ___

Devido ao quadro clínico grave do paciente, em emergência e ou risco iminente de morte, não foi possível fornecer ao paciente ou ao seu responsável as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Assim, baseado no melhor julgamento clínico e respaldados pelas melhores práticas médicas, realizei e registrei no prontuário, os procedimentos necessários e adequados para melhorar a situação clínica do paciente em questão.

Assinatura/CRM/carimbo do médico responsável pelo atendimento