



SERVIÇO DE HEMOTERAPIA DOM BOSCO

CRM-PR 057

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TRANSFUSÃO DE SANGUE E / OU HEMOCOMPONENTES

Recebi explicações que a indicação e transfusão de sangue e/ou hemocomponentes estão indicada quando o paciente tem a necessidade dos constituintes do sangue, que inclui concentrado de hemácias, concentrado de plaquetas, plasma e/ou Crioprecipitado, manifestada por anemia ou hemorragia, ou durante procedimentos cirúrgicos ou preventivamente a procedimentos ou exames invasivos com potencial de sangramentos.

Fui esclarecido(a) que os hemocomponentes são preparados e testados de acordo com normas vigentes, rígidas estabelecidas pela Anvisa / Ministério da Saúde, mas mesmo assim há uma pequena chance de haver reações adversas relacionadas à transfusão. As reações poderão ser consideradas leves a graves, imediatas ou tardias e apresentar sinais e sintomas como náuseas, febre, sudorése, calafrios, ou ainda dispnéia e serem classificadas como reações alérgicas, reação febril não hemolítica, hemolítica aguda, TRALI (Transfusion Related Lung Injury), hipotensão, sobrecarga volêmica, contaminação bacteriana, doenças infecciosas e outras.

Fui prevenido (a) quanto à possibilidade de infecção grave, sendo orientado a procurar o serviço de emergência caso apresente febre, mal estar geral, ou outra manifestação clínica não habitual, após alta ambulatorial ou hospitalar. Estou ciente que mesmo com a realização de todos os exames sorológicos previstos pelas leis e normas técnicas vigentes, para garantir a segurança transfusional, como: HTLV I/II, Chagas, Sífilis, Hepatite B e C, HIV, estou submetido a um risco mínimo de adquirir alguma dessas doenças infecciosas após a transfusão de hemocomponentes.

Fui informado(a) que, pequenas amostras do meu sangue serão coletadas para a realização de testes e exames pré-transfusionais e no surgimento de reações transfusionais imediatas ou tardias exames pós-transfusionais, para fornecer dados para investigação do Comitê Transfusional e Hemovigilância.

Por livre iniciativa autorizo a transfusão de sangue e/ou hemocomponentes e também os procedimentos necessários para minimizar os efeitos colaterais e complicações que possam surgir, conforme a melhor conduta médica durante minha internação ou durante as transfusões ambulatoriais até o curso completo da doença ou do tratamento.

Considerando que em pleno gozo das minhas faculdades mentais, confirmo que fui informado(a) sobre o procedimento de transfusão de sangue e/ou hemocomponente e que tive a oportunidade de perguntar sobre tal ato, obtendo as devidas respostas, autorizo todos os profissionais vinculados à assistência do paciente, a realizar tratamento hemoterápico, que inclui a transfusão de concentrado de hemácias, concentrado de plaquetas, plasma e/ou crioprecipitado.

Maringá, _____ de _____ de _____

() Paciente () Responsável Legal _____

Grau de parentesco: _____ Identidade N° (RG) _____ Órgão Emissor: _____

Paciente ou Representante Legal

Expliquei todo o procedimento a que o paciente acima referido esta sujeito, ao próprio paciente e/ou responsável sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido a perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com meu entendimento o paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura do médico e CRM

Testemunhas:
