

Nome:

Data Nasc:

Cód.:

Leito:

Conv.:

Médico:

## **TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO TRANSFUSÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES**

Durante o período de internamento no Hospital Aliança, o seu médico poderá indicar a realização de transfusão de sangue e/ou componentes para o seu tratamento ou solicitar a reserva deste (em caso de cirurgia, por exemplo). É importante que você leia e entenda estas informações sobre indicações, riscos e alternativas às transfusões de sangue.

### **POR QUE É NECESSÁRIA A TRANSFUSÃO DE SANGUE?**

Para restabelecer ou estabilizar a sua situação clínica. Vários motivos podem levar à necessidade de transfusão: anemias (falta de glóbulos vermelhos), sangramento (por falta de plaquetas), etc. seu médico poderá fornecer mais detalhes sobre a indicação da transfusão. Os médicos do Serviço de Hemoterapia também estão à sua disposição.

### **COMO É FEITA A TRANSFUSÃO DE SANGUE?**

O sangue e seus componentes, Plaquetas, Plasma ou Crioprecipitado são sempre infundidos através de uma veia. O acesso a esta veia pode ser feito pela introdução de uma agulha ou cateter, realizado por um profissional habilitado. Antes de cada transfusão é necessária a coleta de uma amostra de sangue, para a realização de testes que determina a compatibilidade. A transfusão dura em média de 2 a 3 horas.

É importante lembrar que problemas técnicos individuais podem fazer com que, tanto o preparo quanto a transfusão, durem mais que o previsto. Durante a transfusão é permitido comer, ler, ver televisão, ouvir música.

### **AS TRANSFUSÕES DE SANGUE PODEM TRANSMITIR DOENÇAS?**

SIM. Com o objetivo de garantir o máximo de segurança possível, o controle de qualidade do sangue transfundido no Serviço de Hemoterapia do Hospital Aliança (HA) é extremamente rígido. Conforme recomendação do Ministério da Saúde do Brasil e de órgãos internacionais, todo o sangue transfundido no HA é testado e tem resultados negativos para as seguintes doenças: hepatite B, hepatite C, doença de Chagas, Sífilis, AIDS e HTLV I/ II.

Assim como qualquer ato médico, mesmo com a realização de todos os testes acima citados e com a aplicação de todo rigor técnico na entrevista dos candidatos à doação, é possível, a transmissão de doenças infectocontagiosas, inclusive das doenças acima mencionadas. As metodologias empregadas para a detecção de doenças transmissíveis pelo sangue seguem, e por vezes excedem, as recomendações do Ministério da Saúde do Brasil, portanto, assegurando a qualidade do sangue transfundido no HA.

### **HÁ ALTERNATIVAS ÀS TRANSFUSÕES DE SANGUE?**

Em algumas situações clínicas são possíveis recursos alternativos à transfusão, evitando o uso de sangue de outras pessoas. É importante lembrar que estas alternativas dependem de variáveis técnicas e da situação clínica de cada paciente. O seu médico pode explicar-lhe sobre a possibilidade do uso destas alternativas. Se você desejar, mais detalhes, os médicos do Serviço de Hemoterapia também estão a sua disposição.

### **A TRANSFUSÃO DE SANGUE PODE PROVOCAR REAÇÕES?**

SIM. Estes riscos são pequenos e uma série de cuidados são tomados para evitá-los. Entretanto, às vezes é imprevisível. Os sintomas como tremores/ calafrios, febre, náusea/ vômitos, dor de cabeça, coceira/ urticária, dor lombar, alteração da coloração da urina podem ocorrer durante ou após a transfusão. Quando ocorrerem, deverão ser imediatamente comunicados a equipe de enfermagem. Caso tenha tido alta hospitalar, ligue para o Serviço de Hemoterapia (2108-5826) que os profissionais estarão a sua disposição e dirija-se ao Pronto Atendimento do Hospital Aliança.

### **COMO VOCÊ PODE COLABORAR COM O BANCO DE SANGUE DO HOSPITAL ALIANÇA?**

O sangue não pode ser comercializado ou fabricado, só podendo ser obtido através de doadores voluntários. Portanto, contamos com sua colaboração para que incentive seus amigos e familiares a praticarem esse ato de amor.

**Doe sangue! Sempre tem alguém precisando de você.**



Preencher quando não houver etiqueta

Nome:

Data Nasc:

Cód.:

Leito:

Conv.:

Médico:

### TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO TRANSFUSÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES

Eu (paciente),....., tenho informação de que durante o período de minha internação poderei necessitar de transfusão de algum componente de sangue, indicado pelo meu médico assistente. Li as informações sobre Transfusão de Sangue e Hemocomponentes e estou ciente dos benefícios, riscos, complicações potenciais desse tratamento. Tive a oportunidade de fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente.

Informo também estar ciente de que, mesmo com a recusa da transfusão, em caso de risco iminente de morte e somente nesta situação, o médico assistente prescreverá a transfusão de acordo com Resolução CFM 1021/80 e o Artigo 22 do Código de Ética Médica (do Conselho Federal de Medicina), que considera suficiente a decisão médica frente a um iminente perigo de morte após o preenchimento da autorização de transfusão abaixo descrita.

Desta forma eu: ( ) Paciente ( ) Responsável

( ) Autorizo receber transfusão de sangue e/ ou seus componentes, quando indicado pela equipe médica.

( ) NÃO autorizo receber transfusão de sangue e/ ou componentes e declaro estar ciente dos riscos decorrentes desta decisão.

Nome Legível:.....

Grau de Parentesco:.....

Identidade nº:.....

Salvador, ..... de ..... 20..... Hora: .....

Assinatura:.....

.....  
Responsável pela aplicação do Termo de Consentimento

#### DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA COM RISCO IMINENTE DE MORTE PARA O PACIENTE:

Autorizo a transfusão de sangue ou do hemocomponente(s) neste paciente, por este encontrar-se em situação clínica que caracteriza IMINENTE RISCO DE MORTE. Declaro que esta é uma decisão extrema, pelo elevado risco de morte para o paciente, de acordo com a Resolução CFM nº 1021/ 80, do Conselho Federal de Medicina, que permite ao médico, somente nesses casos, realizar a transfusão de sangue no paciente mesmo contra sua vontade e o Artigo 22 do Código de Ética Médica (do Conselho Federal de Medicina), que considera suficiente a decisão médica frente a um iminente perigo de morte.

Salvador, ..... de ..... 20..... Hora: .....

Nome:..... Ass:.....CRM:.....

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. Nos atendimentos ambulatoriais é válido por 6 meses.