

Termo de Ciência e Consentimento

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NAO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Paciente: _____ Sexo: _____
Registro: _____ Data de nasc.: ____/____/____
Convênio: _____
Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

TRANSFUSÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES

Por este instrumento, eu, _____,
declaro que:

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte alteração e/ou diagnóstico:

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte procedimento hemoterápico:

Transfusão de Sangue e Hemocomponentes

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

A transfusão de sangue é um procedimento médico que consiste na aplicação venosa de componentes celulares (concentrado de hemácias, conhecidas como glóbulos vermelhos) ou plasmáticos (plaquetas, plasma fresco e crioprecipitado) oriundos do sangue total, que objetiva reduzir ou evitar os riscos e danos à saúde do paciente decorrentes da deficiência de algum desses componentes. As transfusões de sangue são solicitadas pelo médico e realizadas pelo serviço de hemoterapia, sempre sob supervisão de profissional habilitado.

Antes de aplicar as transfusões, provas de compatibilidade entre o paciente e o hemocomponente são realizadas no sentido de diminuir o risco de reações adversas. Essas provas exigem cerca de 40 minutos, mas o tempo de transfusão varia de acordo com cada tipo de hemocomponente a ser transfundido.

Utilizando os mais modernos métodos e técnicas, as unidades de sangue são obrigatoriamente testadas para doenças infecciosas (Hepatite B, Hepatite C, Doença de Chagas, Sífilis, AIDS e HTLV I/II), de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde. Entretanto, como em qualquer procedimento médico, apesar de todo o rigor técnico utilizado, excepcionalmente, pode ocorrer a

Termo de Ciência e Consentimento

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NAO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Paciente: _____ Sexo: _____
Registro: _____ Data de nasc.: ____/____/____
Convênio: _____
Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

TRANSFUÇÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES

transmissão de alguma dessas doenças, ou até de outras cujo teste não seja rotineiramente realizado.

Além disso, as transfusões podem estar associadas a efeitos colaterais leves e facilmente tratados como febre e alergias. Apesar de muito raras, complicações como choque anafilático e até morte podem ocorrer. O hospital está capacitado para o tratamento e suporte dos pacientes acometidos por reações transfusionais.

O Hospital Córdio Pulmonar utiliza as melhores técnicas e procedimentos para minimizar a perda sanguínea e evitar a utilização de hemoderivados. Quando há tempo hábil antes do procedimento, os pacientes são devidamente preparados através da otimização da hemoglobina pré-operatória. Além disso, no sentido de mitigar os efeitos clínicos da perda sanguínea também são utilizadas técnicas como a autotransfusão e a hemodiluição normovolêmica. Dessa forma, a transfusão sanguínea será indicada apenas em duas circunstâncias:

1. Quando esta for a melhor alternativa para o paciente, ou; 2. Quando a vida do paciente depende da transfusão. A não utilização da transfusão sanguínea nessas circunstâncias pode levar a sérias complicações como queda da pressão arterial, redução do fluxo de sangue para órgãos vitais e comprometimento de suas funções, e morte.

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Recebi do médico solicitante informações sobre a necessidade de transfusão de hemocomponentes, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas de tratamento. Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento e antes de sua assinatura. Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas reservo-me o direito de recusar ou revogar o consentimento antes que o procedimento, objeto deste documento, se realize.

Termo de Ciência e Consentimento

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NAO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Paciente: _____ Sexo: _____
Registro: _____ Data de nasc.: ____/____/____
Convênio: _____
Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

TRANSFUSÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES

Entendi que a recusa desse tratamento pode trazer sérios prejuízos a minha saúde, levando inclusive à morte.

Dessa forma, por livre iniciativa e sem coerção, aceito correr os riscos supramencionados associados à minha permissão ou recusa voluntária para que o procedimento seja realizado da forma como foi exposto no presente termo:

SOBRE RECEBER **CONCENTRADO DE HEMÁCIAS** (MARQUE SUA OPÇÃO)

Aceito Não aceito e declaro estar ciente dos riscos decorrentes dessa decisão.

SOBRE RECEBER **CONCENTRADO DE PLAQUETAS** (MARQUE SUA OPÇÃO)

Aceito Não aceito e declaro estar ciente dos riscos decorrentes dessa decisão.

SOBRE RECEBER **CRIOPRECIPITADO** (MARQUE SUA OPÇÃO)

Aceito Não aceito e declaro estar ciente dos riscos decorrentes dessa decisão.

SOBRE RECEBER **PLASMA FRESCO** (MARQUE SUA OPÇÃO)

Aceito Não aceito e declaro estar ciente dos riscos decorrentes dessa decisão.

Salvador, ____ de _____ de 20____ ____:____ (hh:min)

Paciente Responsável

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____ Parentesco _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Confirmando que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e

Termo de Ciência e Consentimento

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NAO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Paciente: _____ Sexo: _____
Registro: _____ Data de nasc.: ____/____/____
Convênio: _____
Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

TRANSFUSÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES

esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado diante da necessidade transfusão em situação de urgência e a impossibilidade de assinatura por parte do paciente ou responsável.

Salvador, ____ de _____ de 20____ : ____ (hh:min)

Nome do médico: _____ CRM: _____

Assinatura: _____