

# Termo de Ciência e Consentimento

## EXTREMA URGÊNCIA

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

Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Registro: \_\_\_\_\_ Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Convênio: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_

Por este instrumento, eu, \_\_\_\_\_, declaro que:

*Considerando que o quadro clínico do paciente supracitado, sob minha responsabilidade justifica a emergência, isto é, o retardo no início da transfusão coloca em risco a vida do paciente. Solicito que a transfusão ocorra em caráter de extrema urgência, estando ciente e de acordo dos riscos relacionados a tal transfusão, (risco de reação transfusional aumentada de grau leve à grave, podendo inclusive levar o paciente a óbito). Estou ciente e de acordo que o hemocomponente será liberado, mas será coletada amostra sanguínea para que os testes sejam realizados e assim que estes forem concluídos serei avisado caso apresente alguma alteração, sendo que neste caso a decisão sobre a suspensão ou continuação da transfusão será tomada em conjunto com o médico do serviço de hemoterapia. Declaro ainda estar ciente e de acordo que serei responsável pelas conseqüências do ato transfusional se esta situação tiver sido criada por esquecimento ou omissão.*

**Bolsa (s) liberada (s):** \_\_\_\_\_

## DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_ :\_\_\_\_ (hh:min)

Nome do médico \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_