

Termo de Ciência e Consentimento

EXTREMA URGÊNCIA

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

Nome Completo/Social: _____ Sexo: _____
Data de nasc.: ____/____/____ Registro: _____
Filiação: _____
Convênio: _____
Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

Por este instrumento, eu, _____,
declaro que no dia de de 20....., às : (hh:mm):

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 consequências do ato transfusional se esta situação tiver sido criada por esquecimento ou omissão.

Bolsa (s) liberada (s): _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Nome do médico _____ CRM: _____

Assinatura: _____