



BANCO DE SANGUE  
DE SÃO PAULO

## Transfusões de Sangue - Termo de Consentimento

As transfusões de sangue e de seus componentes são realizadas pelo Banco de Sangue de São Paulo e Serviços de Hemoterapia Ltda, sempre por solicitação do médico do paciente ou outro de sua equipe. Em relação a essas transfusões, **declaro estar ciente e de acordo com o seguinte:**

1. Poderá ser necessária a transfusão de sangue ou de seus componentes para o meu tratamento ou de meu dependente, e seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas foram devidamente explicados.
2. As transfusões realizadas neste hospital são originadas somente de **doadores voluntários**, razão pela qual será solicitada a cooperação de familiares e amigos **no sentido de realizarem doações de sangue** para repor as unidades de sangue e componentes utilizadas, ou mesmo para manutenção do estoque do hospital em níveis adequados para o bom atendimento dos pacientes.
3. O controle de qualidade do sangue é extremamente rigoroso, principalmente na seleção e triagem dos candidatos a doação e na realização de testes laboratoriais no sangue doado, **objetivando o máximo de segurança** possível nas transfusões.
4. Todas as transfusões são realizadas com sangue ou componentes que **apresentam resultados negativos** para Hepatite "B", Hepatite "C", Doença de Chagas, Sífilis, AIDS e HTLV I/II, inclusive com teste NAT para HIV, HCV e HBV, conforme recomendações do Ministério da Saúde do Brasil e de entidades internacionais de transfusão de sangue.
5. Nas amostras de sangue coletadas antes da transfusão poderão ser realizados exames para algumas doenças infecto-contagiosas, como AIDS, Hepatite B, Hepatite C.
6. Assim como em qualquer ato médico, mesmo com a realização de todos os testes acima citados, com todo o rigor técnico e com os métodos mais modernos que a medicina permite, **é possível, excepcionalmente, a ocorrência de reações ou efeitos colaterais**, inclusive a transmissão de doenças infecto-contagiosas.
7. Este hospital não comercializa o sangue em hipótese alguma, sendo debitados na conta hospitalar do paciente apenas os **custos de pessoal, equipamentos e materiais** utilizados nos processos de recrutamento, triagem clínica e laboratorial, coleta, processamento, armazenamento e exames laboratoriais imunohematológicos e sorológicos realizados no sangue doado e do sangue do receptor, independente do número de doadores enviados.
8. Os custos decorrentes dos serviços prestados pelo Banco de Sangue de São Paulo e Serviços de Hemoterapia Ltda, inclusive das pesquisas do vírus "HIV" (AIDS), "HCV" e "HBV" (Hepatite C e B) por técnica de amplificação de DNA (teste NAT), **são de minha inteira responsabilidade caso não haja cobertura de meu convênio** médico para tais procedimentos, total ou parcialmente.
9. A equipe do Serviço de Hemoterapia está à disposição para o esclarecimento de dúvidas sobre qualquer um dos pontos acima mencionados.

Recebi as informações adequadas e estou de acordo com os termos acima, autorizo a transfusão e assino o presente em caráter irrevogável.

Recebi as informações adequadas mas não concordo, e me recuso a receber transfusão de sangue ou componentes, assumindo todos os riscos desta decisão.

São Paulo, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do Responsável / Parentesco: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Serviço de Hemoterapia: \_\_\_\_\_