

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TRANSFUÇÃO DE SANGUE E
HEMOCOMPONENTES**

Pelo presente termo eu _____ declaro que

() PACIENTE () RESPONSÁVEL LEGAL DO PACIENTE.

GRAU DE PARENTESCO _____ RG _____

Estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, autorizo todos os profissionais vinculados a assistência do paciente a realizar o tratamento hemoterápico que inclui a transfusão de concentrado de hemácias, plasmas e plaquetas.

Estou ciente que a transfusão está indicada quando o paciente tem a necessidade dos constituintes cima manifestada por anemia ou hemorragia, ou durante procedimentos cirúrgicos ou preventivamente a procedimentos ou exames invasivos com potencial de sangramentos.

Fui orientado que os hemocomponentes são preparados e testados de acordo com as normas rígidas estabelecidas pela ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (portaria nº158 de 04 de fevereiro de 2016 e RDC nº34 de 11 de junho de 2014), complementadas por normas Internacionais de Transfusão, mas mesmo assim há uma pequena chance de haver reações adversas relacionadas à transfusão. As reações poderão ser consideradas leves a graves, imediatas ou tardias e apresentar sinais e sintomas como náuseas, febre, sudorese, calafrios, ou ainda dispnéia e serem classificadas como reações alérgicas. Reação febril não hemolítica, hemolítica aguda, TRALI (Transfusion Related Lung Injury). Hipotensão sobrecarga volêmica, contaminação bacteriana, doenças infecciosas, entre outras.

Fui prevenido quanto à possibilidade de infecção grave, sendo orientado a procurar o serviço de emergência caso apresente febre, mal estar geral ou outra manifestação clíica não habitua, após a alta ambulatorial hospitalar. Estou ciente que mesmo com a realização de todos os exames sorológicos previstos em Lei para garantir a segurança do transfusional como: hepatite BeC, HVI, Chagas, Sífilis e HTLV, estou submetido a um risco mínimo de adquirir uma dessas doenças infecciosas após a transfusão de sangue e/ou hemocomponentes.

Também estou ciente que caso ocorra alguma intercorrência grave durante e após a transfusão de sangue ou hemocomponentes e o médico julgar necessário serei submetido à devida assistência especializada.

Fui informado que pequenas amostras do meu sangue serão coletadas para a realização de testes e exames pré-transfusionais e no surgimento de reações transfusionais imediatas ou tardias exame pós-transfusionais para fornecer dados para investigações do Comitê Transfusional e Hemovigilância.

Por livre iniciativa autorizo a transfusão de sangue e/ou hemoderivados e também os procedimentos necessários para minimizar os efeitos colaterais e complicações que possam surgir conforme a melhor conduta médica, durante minha internação ou durante as transfusões ambulatoriais até o curso completo da doença ou do tratamento, confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordei com os itens acima referidos e que me foi dado a oportunidade de anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse, bem como revogar o presente termo a qualquer momento antes da realização do procedimento.

Assinatura do Paciente e/ou Responsável Legal

() Expliquei todo o procedimento a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável legal sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento o paciente e/ou responsável está em condições de compreender o que lhes foi informado.

() Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA. Eu solicito transfusão de hemocomponentes em quantidade suficiente para melhorar sua situação clínica.

ASSINATURA / CRM DO MÉDICO SOLICITANTE: _____

REVOGAÇÃO

Assinatura do Paciente e/ou Responsável Legal: _____

TESTEMUNHA 1 _____ RG _____

TESTEMUNHA 2 _____ RG _____

DATA: _____