



TERMO DE CONSENTIMENTO MÉDICO PARA TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

HMR.03.03.01

HEMOCENTRO:

NA

Autorizo a transfusão no paciente _____
(nome completo sem abreviatura), de hemocomponente em situação especial, nas seguintes situações assinaladas abaixo:

1. [] Transfusão de concentrado de hemácias RhD Positivo em paciente RhD Negativo;
2. [] Transfusão de crioprecipitado ABO não compatível em criança com até 10 anos e/ou com até 35 Kg;
3. [] Transfusão de Plasma ABO não compatível com as hemácias do receptor;
4. [] Transfusão de hemocomponente celular comum (não desleucocitado) e/ou não irradiado em neonato com menos de 1.200g de peso e/ou prematuros (inferior a 28 (vinte e oito) semanas);
5. [] Transfusão de componente sanguíneo com mais de 5 dias de coleta para a execução de exsanguineotransfusão e/ou mais de 24 horas da irradiação;
6. [] Transfusão de hemocomponente celular comum (não desleucocitado) e/ou não irradiado para a execução de exsanguineotransfusão;
7. [] Transfusão de componente sanguíneo com mais de 5 dias de coleta para a execução de transfusão intrauterina e/ou mais de 24 horas da irradiação;
8. [] Transfusão de hemocomponente celular comum (não desleucocitado) e/ou não irradiado para a execução de transfusão intrauterina;
9. [] Transfusão de hemocomponente autólogo com testes sorológicos reagentes em doador-paciente;
10. [] Transfusão de Concentrado de plaqueta com hemolisinas ABO não compatível;
11. [] Transfusão de Concentrado de plaqueta RhD positivo em pacientes RhD negativos, do sexo feminino, como menos de 45 anos.

Estou ciente que durante ou após qualquer transfusão de sangue ou hemocomponentes poderá haver reações leves e graves, imediatas ou tardias, como náuseas, dispneia, reações alérgicas, reação febril não hemolítica, hemolítica aguda, TRALI (lesão pulmonar aguda relacionada a transfusão), hipotensão, sobrecarga volêmica, contaminação bacteriana, doenças infecciosas, entre outros.

Esta autorização é devido à urgência e/ou necessidade transfusional no qual o retardo coloca em risco a vida do referido paciente.

Instituição: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do Médico Responsável: _____

Assinatura Hemoterapeuta: _____

Assinatura do paciente ou responsável legal: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO MÉDICO PARA TRANSFUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

HMR.03.03.01



HEMOCENTRO:

NA

Artigos relacionados a Portaria N° 158, de 04 de fevereiro de 2016:

Art. 123. É recomendada a realização do teste de hemolisina para transfusões de plaquetas não isogrupo utilizando-se um método qualitativo com incubação a 37°C.

Parágrafo único. Componentes sanguíneos com resultados de hemólise total ou parcial devem ser evitados em transfusões não isogrupo.

Art. 182. O sangue total e os concentrados de hemácias serão ABO compatíveis.

§ 1º Os receptores "RhD-positivo" poderão receber sangue total ou concentrado de hemácias "RhD-positivo" ou "RhD-negativo".

§ 2º Os receptores "RhD-negativo" receberão sangue total ou hemácias "RhD-negativo", exceto em circunstâncias justificadas e desde que não apresentem sensibilização prévia.

§ 6º As transfusões de plasma devem ser ABO compatíveis com as hemácias do receptor e não necessitam de provas de compatibilidade.

§ 7º As transfusões de crioprecipitado não necessitam de provas de compatibilidade e, em crianças de até 10 anos ou 35Kg, serão isogrupo ou ABO compatíveis.

Art. 183. Na amostra pré-transfusional inicial para transfusão em neonatos e crianças de até 4 (meses) de vida será realizada a tipagem ABO direta.

§ 14. A transfusão de componentes celulares em recém-nascidos com menos de 1.200 g de peso será feita com produtos desleucocitados ou não reagentes para CMV.

Art. 184. Em caso de exsanguíneotransfusão, para a seleção do componente sanguíneo, será utilizado em recém-nascidos sangue total colhido a menos de 5 (cinco) dias.

§ 1º Caso não haja disponibilidade de sangue recente, será utilizado sangue colhido a mais de 5 (cinco) dias, sendo, para isto, necessária uma autorização escrita do médico assistente e do médico do serviço de hemoterapia;

Art. 202. Nas transfusões de concentrado de plaquetas obtidos de sangue total em receptores RhD negativo do sexo feminino com menos de 45 (quarenta e cinco) anos de idade serão transfundidos, preferencialmente, concentrado de plaquetas RhD negativo.

§ 1º Caso as plaquetas transfundidas forem RhD positivo, será realizada uma pesquisa de anticorpos antieritrocitários irregulares pré-transfusional na receptora.

§ 2º Caso a receptora de que trata o "caput" não possua anti-RhD recomenda-se a administração de imunoglobulina anti-RhD por via parenteral, por até 72 (setenta e duas) horas após a transfusão.

§ 3º Nas transfusões subsequentes será repetida a pesquisa de anticorpos antieritrocitários irregulares e se não for detectado o anticorpo anti-RhD recomenda-se repetir a dose de imunoglobulina anti-RhD.

Art. 216. Os pacientes que possuam testes para infecções transmissíveis pelo sangue reagentes para qualquer das infecções testadas poderão ser aceitos nos programas de autotransfusão.

Parágrafo único. No caso tratado no "caput", será necessária a identificação com etiqueta especial, indicando a situação sorológica da bolsa, e haverá concordância explícita, por escrito, do médico assistente do paciente e do médico do serviço de hemoterapia.

Artigos relacionados a RDC N° 34, de 11 de junho de 2014:

Art. 140. O serviço de hemoterapia deve estabelecer protocolos, de acordo com as determinações do Ministério da Saúde, para realização de:

I - transfusão de neonatos e crianças com até 4 (quatro) meses de vida;

II - transfusão intrauterina;

III - transfusão autóloga pré, peri e/ou pós-operatória;

V - transfusão de substituição (exsanguíneotransfusão);