


| | | |
|---|---|---------------------|
|  | TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO SANGRIA TERAPÊUTICA | FLN.03.10.08 |
| | HEMOCENTRO: | Nº |

SANGRIA TERAPÊUTICA

Nome: _____ RG/CPF: _____

Eu, acima identificado, na condição de paciente ou de responsável legal pelo paciente _____, estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, autorizo todos os profissionais vinculados à assistência do paciente, a realizar a SANGRIA TERAPÊUTICA, procedimento que consiste na retirada de uma bolsa de sangue, com volume médio de 450 ml, com o objetivo de reduzir a quantidade de glóbulos vermelhos ou dos estoques de ferro do meu organismo.

Este consentimento e as condutas médicas foram explicados de forma clara e objetiva, inclusive quanto aos benefícios e/ou riscos do tratamento, também me sendo permitido a realização de perguntas, onde todas as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Estou ciente que poderão haver reações leves a graves, imediatas ou tardias da sangria terapêutica, como náuseas, hipotensão, tontura, hematoma no local da punção, flebite entre outras. Também estou ciente que caso ocorra alguma intercorrência grave durante ou após a sangria, e o médico assistente julgar necessário, serei imediatamente submetido à devida assistência especializada.

Possuo o direito de revogar esta autorização de tratamento a qualquer momento, assumindo a inteira responsabilidade por esta decisão.

Por livre iniciativa autorizo a sangria terapêutica e também os procedimentos necessários para minimizar os efeitos colaterais e complicações que possam surgir, conforme a melhor conduta medica.

Nome: _____

Nome: _____

RG/CPF: _____

CRM: _____/SC – Carimbo: _____

Ass. Paciente/Responsável: _____

Ass. Médico Assistente: _____

LOCAL: _____ DATA: ___/___/_____

Se o paciente não puder assinar este termo de consentimento, por favor, indique a razão:

Código de Ética Médica – Art. 59º - É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos e serviços potencialmente nocivos ou perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

MÉDICO RESPONSÁVEL (em situações de Emergência, dois médicos deverão assinar)

() Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.

() Não foi possível a coleta desde Termo de Consentimento informado, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.

Santa Catarina, ____ de _____ de _____ Hora: ____:____

Médico, CRM, carimbo e assinatura

Médico, CRM, carimbo e assinatura

REVOGAÇÃO: SC, ___/___/_____ Hora: Hora: ____:____

(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)