



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON-FAHECE
CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE SANTA CATARINA - HEMOSC

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
TRANSFUSÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES**

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 o tratamento hemoterápico, que inclui a transfusão de concentrado de hemácias, plasma, plaquetas e/ou crioprecipitado.

Este consentimento e as condutas médicas foram explicados de forma clara e objetiva, inclusive em relação à terapia transfusional e 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 transfusão de sangue ou hemocomponentes, como náuseas, dispnéia, reações alérgicas, reação febril não hemolítica, hemolítica aguda, TRALI (Reação pulmonar aguda relacionada a transfusão), hipotensão, sobrecarga volêmica, contaminação bacteriana, doenças infecciosas, entre outros.

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

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 clínica não habitual, após a alta ambulatorial ou hospitalar.

Estou ciente que mesmo com a realização de todos os exames sorológicos previstos em lei para garantir a segurança transfusional, como, Hepatite B e C, HIV, Chagas, Sífilis e HTLV, estou submetido a um risco mínimo de adquirir alguma dessas doenças infecciosas pela transfusão de sangue e/ou hemocomponentes.

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, para fornecer dados para estudos e investigações do Comitê transfusional e hemovigilância do HEMOSC.

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

Fui informado que existem alternativas terapêuticas a transfusão, tais como: fatores estimulantes da produção de sangue e reposição de ferro, entre outras. Entretanto para o meu caso, considerando as alternativas terapêuticas e a possibilidade de não transfundir, a terapia escolhida foi a transfusão.

Por livre iniciativa autorizo a transfusão de sangue e/ou hemocomponentes e também os procedimentos necessários para minimizar os efeitos colaterais e complicações que possam surgir, conforme a melhor conduta médica.

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 ou serviços potencialmente 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 deste 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: ____: ____

(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)