



HOSPITAL PILAR

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA RECEPTOR DE SANGUE E/OU HEMOTERÁPICOS E HEMODERIVADOS**

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao ( ) paciente e/ou ( ) responsável: \_\_\_\_\_, quanto aos principais aspectos relacionados a **transfusão de hemocomponente(s)** e/ou **procedimento hemoterápico** ao(s) qual(is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do **Hospital Pilar**.

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ ( ) paciente/ ( ) responsável (grau de parentesco: \_\_\_\_\_), tenho ciência do meu quadro clínico atual, autorizo a realização de **transfusão(ões) de hemocomponente(s)** ou procedimentos hemoterápicos prescritos, seja concentrado de hemácias, concentrado de plaquetas, plasma e/ou crioprecipitado.

1) A proposta de transfusão de sangue/hemocomponentes e/ou procedimentos hemoterápicos a que serei submetido(a), seus benefícios, desvantagens, riscos, complicações potenciais, problemas com a recuperação e alternativas me foram explicadas claramente pelo médico solicitante.

2) Entendo e aceito que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos com este procedimento. Confirmando também que recebi informações sobre as consequências da não realização deste procedimento/tratamento.

3) Estou ciente de que o sangue/hemocomponente que receberei provém de doação(ões) não remunerada(s), submetidas às exigências legais vigentes nesta data. O sangue doado foi submetido às técnicas de fracionamento, armazenamento, testes imuno-hematológicos e sorológicos de acordo com as normas legais do Ministério da Saúde do Brasil.

4) Estou ciente de que mesmo com a realização de todos os exames sorológicos previstos nas normas legais para tentar prevenir a transmissão de patógenos envolvidos na Hepatite B, Hepatite C, AIDS, Sífilis e Doença de Chagas, além do vírus HTVL I/II, ainda assim estou submetido ao risco residual de adquirir alguma doença infectocontagiosa, inclusive as mencionadas acima.

5) Estou ciente de que pequenas amostras de meu sangue serão coletadas previamente a transfusão para a realização de testes de compatibilidade e de que, no caso de reações transfusionais, também poderá ser necessário obter novas amostras de meu sangue para fins de estudos e investigações de acordo com as normas vigentes e instruções do Comitê Transfusional e da Hemovigilância desta Instituição.

6) Estou ciente de que, mesmo com realização das provas de compatibilidade, estou sujeito a reações transfusionais tais como reações febris não-hemolíticas agudas, reações hemolíticas agudas, hipertensão arterial, dificuldades respiratórias, reações alérgicas, reações anafiláticas e sobrecarga de volume, entre outras. Foi-me orientado a imediatamente avisar a enfermagem no caso de surgimento de reações.

7) Estou ciente de que o tempo entre a coleta da amostra e o início da transfusão é variável, dependendo do resultado dos testes e da necessidade de procedimentos especiais.

8) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Tive a oportunidade de fazer perguntas relativas à transfusão de hemocomponentes e com minha assinatura estou dando consentimento para que a equipe de enfermagem do **Hospital Pilar**, a pedido do meu médico, faça administração de hemocomponentes durante a minha internação ou até o curso completo dessa mesma doença ou tratamento.

**Baseado em todas as informações que recebi, declaro neste momento a minha opção, autorizando o procedimento proposto acima.**

\_\_\_\_\_  
Nome do paciente ou responsável

\_\_\_\_\_  
Nº da Identidade / Orgão Expedidor

\_\_\_\_\_  
Assinatura



**Deve ser preenchido pelo médico assistente**

HOSPITAL PILAR

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

Nome do médico \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

**Deve ser preenchido pelo médico assistente**

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

Nome do médico \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

( ) CIRCUNSTÂNCIAS DE EXTREMA URGÊNCIA/EMERGÊNCIA/RISCO DE MORTE: CONSENTIMENTO INFORMADO NÃO OBTIDO - Devido ao estado clínico do paciente, ou à emergência/risco de morte, não foi possível fornecer ao paciente informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Eu solicitei transfusão de hemocomponentes em quantidade suficiente para melhorar sua situação clínica.

**Deve ser preenchido pelo médico assistente**

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

Nome do médico \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

**Deve ser preenchido pelo médico assistente**

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

Nome do médico \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_