

Pelo presente termo eu,

() Paciente () Responsável Legal do Paciente:

Grau de Parentesco:

Identidade Nº (RG):

Órgão Emissor:

Domiciliado e Residente à:

Declaro que:

1. 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.
2. Estou ciente que a transfusão está indicada quando o paciente tem a necessidade dos constituintes acima, manifestada por anemia ou hemorragia, ou durante procedimentos cirúrgicos ou preventivamente a procedimentos ou exames invasivos com potencial de sangramentos.
3. Fui orientado que os hemocomponentes são preparados e testados de acordo com normas rígidas estabelecidas pela ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Portaria nº 1353 de 13 de junho de 2011 e RDC nº 57 de 16 de dezembro de 2010), complementadas por normas Internacionais de Transfusão, mas mesmo assim há uma pequena chance de haver reações adversas relacionada 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.
4. 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 após a transfusão de sangue e/ou hemocomponentes.
5. Também estou ciente que caso ocorra alguma intercorrência grave durante ou após a transfusão de sangue ou hemocomponentes, e o médico assistente julgar necessário, serei imediatamente submetido à devida assistência especializada.
6. 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 exames pós-transfusionais, para fornecer dados para investigações do Comitê Transfusional e Hemovigilância do HMMKB.
7. 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, durante minha internação no HMMKB ou durante as transfusões ambulatoriais até o curso completo da doença ou do tratamento.
8. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse, bem como revogar o presente termo a qualquer momento antes da realização do procedimento.

Nome do Paciente ou Responsável Legal:

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

RG:

RG:

Testemunha (1)

Testemunha (2)

Hora:

Itajaí, / /

Deve ser Preenchido pelo Médico

Expliquei todo o procedimento a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os 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.

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.

Nome do Médico:

Assinatura do Médico / CRM

Hora:

Itajaí, / /

REVOGAÇÃO

Itajaí, / / Hora: :

Assinatura Paciente ou Responsável Legal

RG:

RG:

Testemunha (1)

Testemunha (2)