



GRUPO GESTOR DE SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES



O presente termo tem o objetivo de comprovar as informações prestadas ao paciente e/ou responsável, pelo médico assistente, dos principais aspectos relacionados à transfusão sanguínea à qual será submetido, incluindo os benefícios, riscos, potenciais complicações e eventuais alternativas, e formalizar o seu consentimento, livre e esclarecido, para o referido procedimento.

Na ausência da etiqueta é obrigatório o preenchimento dos dados abaixo

Paciente: _____
Nome Social (quando aplicável): _____
Endereço: _____
DN: ____/____/____ CPF: _____ RG: _____ Órgão Expedidor: _____

Obs: No caso deste termo ser preenchido por responsável do paciente, preencher também os dados do responsável, no espaço abaixo:

Nome completo: _____ Parentesco: _____
DN: ____/____/____ CPF: _____ RG: _____ Órgão Expedidor: _____

Declaro que:

- Nas informações que forneci, nada omiti em relação à minha saúde e hábitos.
- Recebi todas as informações quanto à transfusão de hemocomponentes a que serei submetido, incluindo seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas, considerando inclusive minhas condições pessoais, tendo sido esclarecido ainda que:
 - A transfusão de sangue é usada para tratamento de diversas doenças como, por exemplo: anemia decorrente de sangramento em acidentes e cirurgias; defeitos na coagulação do sangue; condições que comprometem a produção de componentes do sangue como doenças hematológicas, neoplasias, sepse, etc;
 - Para o preparo do sangue e componentes para transfusão, o serviço de hemoterapia precisa coletar sangue e realizar exames imunohematológicos que são feitos por equipe capacitada e usando as técnicas mais sensíveis;
 - Embora pouco frequente, a transfusão pode causar efeitos indesejáveis, como por exemplo: reação febril não hemolítica, reação alérgica, sobrecarga volêmica, TRALI (lesão pulmonar aguda associada a transfusão), aloimunização (formação de anticorpos após transfusão de hemácias), extravasamento e/ou hematoma no local de punção da veia e transmissão de doenças infecciosas. O Banco de Sangue GSH possui diversos protocolos para minimizar a ocorrência desses riscos, tais como protocolos transfusionais e hemocomponentes modificados. No caso das doenças infecciosas, todo sangue processado é submetido a testes sorológicos de última geração, controle de qualidade e procedimentos operacionais, de forma que o risco de contaminação é extremamente baixo;
 - Tenho ciência que as amostras de sangue coletadas antes das transfusões poderão ser encaminhadas para realização de testes para detecção de algumas doenças infectocontagiosas, como AIDS, Hepatite B e Hepatite C.
- Foi-me dada a oportunidade de fazer perguntas que foram integralmente respondidas. No caso de recusa fui orientado acerca das eventuais alternativas à transfusão, bem como sobre os riscos decorrentes da recusa em me submeter a tal procedimento, incluindo risco de morte.
- Entendo que como benefício desse procedimento é esperada a melhora da minha condição de anemia, contagem de plaquetas baixa e/ou distúrbio de coagulação, porém, não existe garantia quanto aos resultados a serem obtidos.
- Estou ciente e consinto que o serviço de hemoterapia entre em contato comigo e/ou com familiares para falar sobre eventual necessidade de repor o estoque do sangue transfundido, visto que a doação é a única maneira do serviço de hemoterapia conseguir atender a demanda de transfusões.
- Autorizo a utilização dos dados técnicos do(s) procedimento(s) para estudos que se fizerem necessários quanto a transfusão de sangue (não serão utilizados ou enviados quaisquer dados pessoais).

Confirmo que recebi, li e compreendi todas as explicações prestadas, e que me foi dada a oportunidade de solicitar esclarecimentos adicionais, tendo ciência que, a qualquer momento, poderei revogar o presente consentimento, desde que antes da realização do procedimento proposto.

Diante do exposto, pelo presente termo, considerando a necessidade da transfusão sanguínea:

- () **AUTORIZO a realização da transfusão.**
() **NÃO AUTORIZO a realização da transfusão.** Motivo: _____

Data ____/____/____ Hora: ____:____ _____
Assinatura do Paciente ou Responsável

PELO MÉDICO:

- Atesto que expliquei todo o procedimento de transfusão a que o paciente acima referido está sujeito ao próprio paciente e/ou seu responsável, informando sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas por ele(s) formuladas. Entendo que o paciente e/ou seu responsável compreendeu(ram) o que lhe(s) foi informado.
- Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado por tratar-se de situação de urgência.

Médico - Assinatura e Carimbo: _____

Revogação por: _____, ____/____/____, às ____ horas e ____ minutos.

Assinatura do Paciente ou Responsável