

PACIENTE:  
ATENDIMENTO:  
RESPONSÁVEL:  
MÉDICO:  
CONVÊNIO:DT. NASC.:  
DATA/HORA:  
ESPECIALIDADE:  
PLANO:  
MATRICULA:  
SEXO:**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TRANSFUÇÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES**

**Definição:** É a transferência de componentes do sangue (hemocomponentes), tais como concentrado de hemácias, concentrado de plaquetas, plasma fresco e crioprecipitado, de um doador para o sistema circulatório de um receptor (paciente). Para o sucesso do procedimento, é necessário haver **compatibilidade** entre o doador e receptor.

Declaro que:

1. Fui informado(a) que a transfusão de sangue e componentes é indicada quando o paciente tem a necessidade dos constituintes do sangue, manifestada por anemia ou hemorragia, durante procedimentos cirúrgicos ou preventivamente a exames invasivos com potencial de sangramentos.
2. Estou ciente que como outras intervenções médicas, a transfusão de sangue e hemocomponentes não é procedimento isento de risco e que podem ocorrer reações imprevisíveis durante ou imediatamente após a transfusão, tais como náuseas, febre, sudorese, calafrios, vermelhidão e coceira, ou ainda falta de ar e dificuldade para respirar. Tais reações serão classificadas como reações alérgicas, reação febril, reação hemolítica aguda, insuficiência respiratória aguda relacionada à transfusão, hipotensão, sobrecarga de volume, contaminação bacteriana e outras.
3. Foi esclarecido que, apesar da seleção dos doadores e dos testes sorológicos com resultados não reagentes (negativos), produtos do sangue podem, raramente, transmitir doenças infecciosas (tais como: AIDS, Sífilis, Hepatite e Chagas), devido à "janela imunológica". Esta "janela imunológica" é o período em que a pessoa (doador) contraiu alguma infecção, mas os exames ainda não são reagentes para permitir a detecção.
4. Fui orientado(a) 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 alta ambulatorial ou hospitalar.
5. Foram observadas todas as orientações necessárias para o procedimento, bem como foram fornecidas as informações sobre o estado de saúde do(a) paciente, incluindo doenças, medicações as quais apresentou alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, **sem nada ocultar**, tendo recebido orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.
6. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas de maneira satisfatória. Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis de acontecer neste procedimento/tratamento, mas apenas os mais frequentes.
7. Li, recebi esclarecimentos e de forma compreensível pela equipe assistencial, incluindo o direito de revogação do consentimento dado, desde que seja feito antes do início da realização do procedimento proposto.

Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, **AUTORIZO** a realização de transfusão de sangue e hemocomponentes. Afirmando ainda que o presente termo integrará o prontuário médico, na hipótese de realização do procedimento/tratamento durante a internação hospitalar.

Local e data.

**Preenchimento Obrigatório pelo Paciente ou Representante legal**

Nome legível: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco ou vínculo: \_\_\_\_\_  
(Obrigatório nos casos de representação):

PACIENTE:  
ATENDIMENTO:  
RESPONSÁVEL:  
MÉDICO:  
CONVÊNIO:

DT. NASC.:  
DATA/HORA:  
ESPECIALIDADE:  
PLANO:  
MATRICULA:  
SEXO:

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TRANSFUÇÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES**

**Preenchimento Obrigatório pela Equipe Assistencial**

Expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Profissional

**Testemunhas**

Nome legível: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome legível: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

Revogação: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_, Às \_\_\_\_ horas e \_\_\_\_ minutos.

\_\_\_\_\_  
Paciente ou Representante Legal