
	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE HEMOTRANSFUSÃO – “TRANSFUSÃO DE SANGUE”	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

IDENTIFICAÇÃO
NOME DO PACIENTE:
DATA DE NASCIMENTO:
CPF OU RG:
NOME DA MÃE DO PACIENTE:
NOME DO RESPONSÁVEL:
CPF OU RG DO RESPONSÁVEL:
MÉDICO:
CRM:

O PACIENTE ou o RESPONSÁVEL acima identificado DECLARA que:

- Está ciente que o paciente necessita realizar tratamento hemoterápico que consiste na realização de HEMOTRANSFUSÃO, populamente conhecida como “TRANSFUSÃO DE SANGUE”, ato médico que implica na transferência para o organismo do paciente receptor, de material doado por outra pessoa consistente em hemácias, plasma, plaquetas e/ou crioprecipitado, de agora em diante denominados unicamente por “*transfusão de sangue e/ou hemocomponentes*”, de acordo com o tratamento prescrito pelo médico assistente.
- Fui ciente de que os hemocomponentes são preparados e testados de acordo com normas rígidas de saúde estabelecidas pela ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, seguindo a Portaria nº 158, de 05 de fevereiro de 2016 e a RDC nº 34, de 11 de junho de 2014, complementadas por normas Internacionais de Transfusão de Sangue e Hemocomponentes. Independentemente de todos os controles existentes, existe ainda uma pequena chance de haver reações adversas relacionada à transfusão de sangue e/ou hemocomponentes, porém o benefício que a transfusão pode gerar para o paciente é muito maior.
- Fui orientado sobre as possíveis reações adversas, que poderão ser consideradas leves a graves, imediatas ou tardias, bem como apresentar sinais e sintomas variados, tais 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, problemas pulmonares ou cardíacos, entre outras.
- Fui orientado também das possíveis reações no local da punção, como hiperemia, flebites e equimoses, gerando desconforto e dor local que, por vezes, pode haver necessidade de uso de medicações para controle destes sintomas.
- Fui orientado que as reações mais frequentes são sintomas leves e facilmente controlados na maioria das vezes, mas, raramente, podem levar a risco de MORTE, o qual não pode ser descartado, pois está presente em todo tipo de procedimento, em maior ou menor grau.
- Fui orientado quanto à possibilidade de ocorrência de infecção grave (sepse) em razão da transfusão, bem como sobre a necessidade de procurar atendimento médico caso apresente febre, mal estar geral ou outra manifestação clínica não habitual, após a alta ambulatorial ou hospitalar.

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE HEMOTRANSFUSÃO – “TRANSFUSÃO DE SANGUE”	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

7. Fui informado que todos os cuidados disponíveis neste hospital foram tomados para se evitar ao máximo as reações adversas, bem como que o paciente será avaliado e acompanhado pelo médico assistente sempre que ocorrer alguma reação adversa.

8. Estou ciente que a transfusão está indicada quando o paciente tem a necessidade dos constituintes acima descritos, manifestada por anemia ou hemorragia, ou durante procedimentos cirúrgicos ou preventivamente a procedimentos ou exames invasivos com potencial de sangramento. Além disso, haverá necessidade de transfusão quando o paciente sofreu um trauma prévio ao atendimento hospitalar, que resultou na perda acentuada de sangue e/ou hemocomponentes.

9. Fui informado de que o Banco de Sangue de Lajeado cumpre as Normas Técnicas do Ministério da Saúde, a saber, a Portaria nº 158, de 05/02/2016 e a RDC nº 34, de 11 de Junho de 2014. Dessa forma estou ciente que, apesar da seleção dos doadores e dos testes laboratoriais previstos em lei, tais como, hepatite B e C, HIV, Chagas, Sífilis, HTLV e moleculares para HIV, Hepatite B e Hepatite C, existe um risco, embora muito pequeno, de adquirir alguma dessas doenças infecciosas após a realização de transfusão de sangue e/ou hemocomponente.

10. Tive a oportunidade de fazer perguntas relativas à transfusão de sangue e de hemocomponentes, bem como me foram fornecidas orientações satisfatórias sobre os cuidados que terei que observar após a transfusão. Fui esclarecido sobre todos os benefícios e riscos de realizar a transfusão, bem como sobre os efeitos adversos de não realizar a transfusão, inclusive, sobre o risco piora de saúde e de MORTE.

11. Diante das informações recebidas, eu, ao final assinado, declaro que ACEITO E AUTORIZO a realização de transfusão de sangue e/ou de hemoderivados, decisão que adotei de livre e espontânea vontade, após receber os esclarecimentos devidos, assumindo conscientemente os riscos decorrentes da minha decisão.


Lajeado, ____ de _____ de _____. HORA: ____: ____

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável pelo Paciente
Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal, ou não possa assinar este documento

Eu, Dr(a.) _____, CRM: _____, abaixo assinado, declaro que coletei o consentimento, informando previamente os riscos e esclarecendo dúvidas ao paciente/responsável.

Médico(a) – Assinatura

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE HEMOTRANSFUSÃO – “TRANSFUSÃO DE SANGUE”	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

Circunstância de Urgência ou Emergência – Impossibilidade de Consentimento Informado

Devido ao estado clínico do paciente, ou a emergência/risco de vida, não foi possível fornecer ao paciente as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Eu solicitei transfusão de sangue ou hemocomponentes em quantidade suficiente para melhorar sua condição clínica, tendo como objetivo final a preservação da saúde e da vida do paciente.

DATA: ____/____/____ HORA: ____ : ____

Assinatura do Médico: _____ CRM: _____