

NOME DO PACIENTE: _____

DN: ____/____/____

Nº ATENDIMENTO: _____

INTRODUÇÃO

A transfusão de hemocomponentes (sangue) tem o objetivo de repor um ou mais dos seguintes constituintes do sangue: Glóbulos Vermelhos, Plaquetas e Fatores de Coagulação, por meio dos hemocomponentes: concentrado de hemácias, concentrado de Plaquetas, plasma fresco congelado e crioprecipitado. Os hemocomponentes são preparados e testados de acordo com rígidas normas científicas estabelecidas pela ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, complementadas por normas de Agências Internacionais de Transfusão. Porém a transfusão dos mesmos são procedimentos que podem apresentar riscos, os quais precisam ser avaliados pelo médico ao solicitar a transfusão. Em raríssimas ocasiões, as reações associadas à transfusão podem ser fatais.

RISCOS

Os eventos adversos relacionados à transfusão podem ser imediatos ou tardios. Geralmente são ocasionados por infecções bacterianas, reações de hemólise (autodestruição do sangue), cuja gravidade é proporcional à quantidade de sangue recebida, reações febris, reações alérgicas, lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão – TRALI, reação hipotensiva, transmissão de doenças infecciosas (HIV, hepatites B e C, HTLV) e sensibilização imunológica para rejeição de outras transfusões.

Nota: A fim de minimizar o risco transfusional, o serviço de hemoterapia adota medidas rigorosas no processo de captação e seleção dos candidatos à doação levando a estimativa de risco menor que a relatada na literatura médica sobre os riscos transfusionais no Brasil.

Qualquer anormalidade durante a transfusão deve ser prontamente comunicada ao enfermeiro ou médico responsável.

CONSENTIMENTO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por este instrumento particular, eu, paciente _____ ou meu responsável, Sr. (a) _____, declaro, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 a autorização para que este Hospital, a pedido de meu médico, faça administração de hemocomponentes durante minha internação até o curso completo dessa mesma doença ou tratamento. Declaro, outrossim, que o referido Hospital, atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) prestou informações detalhadas sobre o procedimento a ser adotado no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

Reações transfusionais anteriores: () Sim () Não () Não soube informar**Consentimento pós-informado: () Paciente () Responsável**

Fui devidamente esclarecido (a) e informado (a) quanto aos riscos previsíveis, intercorrências inesperadas e alternativas ao procedimento. Também tive a oportunidade de fazer perguntas relativas à transfusão de hemocomponentes, tendo compreendido perfeitamente todas as questões e autorizo a realização do procedimento proposto.

Paciente (Nome legível): _____

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE**

Assinatura do paciente:

Responsável:

Assinatura do responsável:

Se o Paciente não puder assinar este termo de consentimento, favor indique a razão:

1. Negativa de Consentimento: () Paciente () Responsável

Fui devidamente esclarecido (a) e informado (a) quanto aos riscos previsíveis, intercorrências inesperadas e alternativas ao procedimento. Também tive a oportunidade de fazer perguntas relativas à transfusão de hemocomponentes, tendo compreendido perfeitamente todas as questões e **NÃO** autorizo a realização do procedimento proposto.

Paciente (Nome legível):

Assinatura do paciente:

Responsável:

Assinatura do responsável:

Se o Paciente não puder assinar este termo de consentimento, favor indique a razão:

Aracaju, ____/____/____

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO:

() Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia ao próprio paciente e/ou seu responsável, esclarecendo sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está(ão) em condições de compreender o que lhes foi informado.

() Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por se tratar de situação de urgência/emergência

Aracaju, ____ de ____ de ____ . Hora: ____: ____

Nome Legível: _____ Assinatura: _____ CRM/SE: _____

Testemunha (em caso de procedimento em caráter de urgência/emergência)

Nome Legível: _____ Assinatura: _____

Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 – Art.9º: O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

Código de Ética Médica: Art. 22º: Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.