

Eu, _____, paciente ou responsável legal pelo paciente menor de idade ou incapaz: _____, estou ciente da necessidade da realização da transfusão de sangue e/ ou seus componentes (hemácias, plaquetas, plasma fresco congelado ou crioprecipitado), indicada pelo(a) Dr.(a) _____, CRM _____. Estou ciente de que serei submetido à transfusão de sangue e/ou seus componentes cujos benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas de tratamento foram explicados pelo médico de referência. Confirmando que recebi as explicações sobre as possibilidades de terapêuticas alternativas e sobre a indicação da transfusão, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente.

Fui informado pelo médico do Hospital Unimed Governador Valadares, de que a Fundação Hemominas cumpre as normas técnicas da legislação vigente. Dessa forma estou ciente que, apesar da seleção criteriosa dos doadores e dos testes laboratoriais previstos em lei, como, HIV, Chagas, Sífilis, HTLV e moleculares para HIV, Hepatite B e Hepatite C, persiste um risco, ainda que pequeno, de adquirir alguma dessas doenças infecciosas após a transfusão de sangue e/ou hemocomponente devido à “janela imunológica”. Esta “janela imunológica” é o período em que o doador contraiu alguma infecção, mas os exames ainda não são capazes de detectá-la.

Estou ciente de que as transfusões podem causar reações adversas durante, imediatamente após, ou mesmo tardiamente após sua realização, tais como reações alérgicas, febre, calafrio, náuseas, hematúria e, mais raramente, problemas pulmonares ou cardíacos. Fui informado que todos os cuidados disponíveis na instituição são tomados para se evitar ao máximo estas reações. Na eventualidade da ocorrência de reações transfusionais adversas, serei avaliado e acompanhado pelo médico plantonista.

Fui orientado pelo médico do Hospital Unimed Governador Valadares, que após receber a transfusão e ser liberado, a procurar o serviço de emergência, caso apresente febre, mal estar geral ou outra manifestação clínica não habitual e orientado a comunicar esta intercorrência à unidade onde fui transfundido.

Declaro que tive a oportunidade de fazer perguntas relativas ao procedimento transfusional e que me foram fornecidas orientações sobre os cuidados que terei que observar após a transfusão.

ACEITO receber transfusões de sangue e/ou seus componentes.

NÃO ACEITO receber transfusões de sangue e/ou seus componentes e declaro estar ciente dos riscos decorrentes desta decisão.

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

Assinatura e Carimbo do Médico

_____, _____ de _____ de _____.
Local data

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, PELO MÉDICO, EM CASO DE EMERGÊNCIA/RISCO DE MORTE

Eu, _____,
CRMMG: _____, responsável pelo esclarecimento do tratamento instituído, declaro que não foi possível a apresentação deste TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES, por tratar-se de situação de emergência e/ou risco de morte.

Assinatura e Carimbo do Médico

_____, _____ de _____ de _____.
Local data