

Termo de Consentimento Hematologia



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO HEMATOLOGIA

NOME: _____ RG / CPF: _____

Eu, acima identificado, na condição de paciente do Hospital São Bernardo Apart ou de responsável legal pelo paciente _____, estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, autorizo todos os profissionais vinculados à assistência do paciente, a realizar o tratamento hemoterápico, que inclui a transfusão de concentrado de hemácias, plasma, plaquetas e/ou crioprecipitado.

Este consentimento e as condutas médicas foram explicados de forma clara e objetiva, inclusive em relação à terapia transfusional e quanto aos benefícios e/ou riscos do tratamento, também me sendo permitido a realização de perguntas, onde todas as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Estou ciente que poderá haver reações leves a graves, imediatas ou tardias da transfusão de sangue ou hemocomponentes, como náuseas, dispnéia, reações alérgicas, reação febril não hemolítica, hemolítica aguda, TRALI (Transfusion Related Lung Injury), hipotensão, sobrecarga volêmica, contaminação bacteriana, doenças infecciosas, entre outros.

Também estou ciente que caso ocorra alguma intercorrência grave durante ou após a transfusão de sangue e/ou hemocomponentes, e o médico assistente julgar necessário, serei imediatamente submetido à devida assistência especializada.

Fui prevenido 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 a alta ambulatorial ou hospitalar.

Estou ciente que mesmo com a realização de todos os exames sorológicos previstos em lei para garantir a segurança transfusional, como, Hepatite B e C, HIV, Chagas, Sífilis e HTLV, estou submetido a um risco mínimo de adquirir alguma dessas doenças infecciosas após a transfusão de sangue e/ou hemocomponentes.

Fui informado que, pequenas amostras do meu sangue serão coletadas para a realização de testes e exames pré-transfusionais e no surgimento de reações transfusionais imediatas ou tardias, para fornecer dados para estudos e investigações do Comitê Transfusional e Hemovigilância do São Bernardo Apart Hospital.

Possuo o direito de revogar estas autorizações de tratamento a qualquer momento, assumindo a inteira responsabilidade por esta decisão.

Por livre iniciativa autorizo a transfusão de sangue e/ou hemocomponentes e também os procedimentos necessários para minimizar os efeitos colaterais e complicações que possam surgir, conforme a melhor conduta médica.

Colatina, ES, ____ de ____ de ____

Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)

Médico, CRM

Testemunha

Testemunha

MÉDICO RESPONSÁVEL (em situações de Emergência, dois médicos deverão assinar)

Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.

Colatina-ES, ____ de ____ de ____

Hora: _____

Médico, CRM

Médico, CRM

Testemunha

Testemunha

REVOGAÇÃO: ES, ____/____/____ Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)