

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Transfusão De Sangue E Hemocomponentes



Data: ____/____/____

Hora: ____:____ horas

Dados do Paciente

Paciente: _____

Setor: _____

Leito: _____

Nascimento: ____/____/____

Idade: _____

Sexo:

Feminino

Masculino

Data de Internação: ____/____/____

Registro: _____

Prontuário: _____

Opção 01

Paciente ou Representante Legal

Eu, _____,

RG/CPF: _____, declaro ter sido informado (a) acerca dos riscos e dos benefícios inerentes à transfusão de componentes sanguíneos. Estou ciente de que as transfusões, apesar de todos os testes e de todas as precauções, continuam a ter alguns riscos para os pacientes. Estou também ciente de que as transfusões, raramente podem causar reações, tais como febre, calafrios, alergias, problemas pulmonares ou cardíacos e transmissão de infecção, mas todos os cuidados disponíveis na instituição foram tomados para se evitar ao máximo estas reações. Foi-me informado que todos os testes exigidos por lei foram realizados nos doadores de sangue e estes se encontram negativos no momento da transfusão conforme a RDC 34 de 11 de junho de 2014. Confirmando ainda que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas, e que estas foram respondidas satisfatoriamente.

Este consentimento é válido para o período de internação e se aplica aos pacientes com solicitação de reserva para cirurgia e/ou prescrição médica de sangue e hemocomponentes.

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.

Identifico-me: Paciente Responsável

Importante: Em caso do paciente menor e/ou incapaz, obrigatoriamente o representante legal, deverá assinar este documento.

Nome Legível do Representante Legal: _____

RG ou CPF: _____ Assinatura: _____

Testemunha: _____

RG ou CPF: _____ Assinatura: _____

Opção 02

Médico Solicitante do Sangue / Hemocomponente nos Casos de Urgência, Emergência ou Risco de Morte

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -
Transfusão De Sangue E Hemocomponentes**



Devido ao estado clínico do paciente ou à urgência / emergência / risco de morte não foi possível fornecer ao paciente as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Eu solicitei transfusão de hemocomponentes em quantidade suficiente para melhorar sua situação clínica.

Nome do Médico solicitante: _____

CRM: _____ Assinatura: _____

Colatina, ES, _____ de _____ de _____.