

### TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE HEMOTRANSFUSÃO

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao:

( ) Paciente e ou ( ) Responsável: \_\_\_\_\_,  
quanto aos principais aspectos relacionados a **HEMOTRANSFUSÃO** ou a realização de Procedimentos ao (s) qual (is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de Colaboradores do Complexo de Saúde São João de Deus, Profissionais especializados e Empresas prestadores de serviços parceiras do CSSJD.

### PROCEDIMENTO, COMPLICAÇÕES E RISCOS

1) Procedimento: é usada para corrigir deficiências no transporte de oxigênio e hemostasia, a partir de perdas agudas ou crônicas de sangue e/ou alterações na produção de hemácias, plaquetas ou proteínas da coagulação sanguínea. São realizados exames para assegurar a compatibilidade entre o sangue do doador e do receptor. O sangue é administrado por meio de uma cânula de calibre apropriado, por via intravenosa, sendo volume e o tipo de hemotransfusão determinados pelo médico.

2) Complicações e Riscos: reação hemolítica aguda, reação febril não-hemolítica, reação alérgica leve moderada ou grave, contaminação bacteriana, sobrecarga volêmica, TRALI (Edema pulmonar agudo não cardiogênico), reação hemolítica não imune, dor aguda, hipotermia, complicações metabólicas, reação sorológica, refratariedade plaquetária, sobrecarga de ferro, doença do enxerto contra o hospedeiro pós transfusional, púrpura pós transfusional, soroconversão HIV, HBV, HCV, Chagas, HTLV e morte.

### DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ ( ) Paciente ( ) Responsável grau de parentesco: \_\_\_\_\_, autorizo a realização da **HEMOTRANSFUSÃO** e ou Procedimentos prescritos.

Declaro que recebi do (a) Dr. (a) \_\_\_\_\_, CRM: \_\_\_\_\_ todas as informações pertinentes ao procedimento e suas complicações de forma oral, em linguagem clara e simples, e que compreendo o alcance, os riscos, complicações e alternativas de tratamento, sendo assim, decidimos conjuntamente, meu médico e eu, que a **HEMOTRANSFUSÃO** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico. Caso o médico tome conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e/ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar novas condições.

Declaro ciência de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis desta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos.

Comprometo-me a colaborar com o tratamento, fazendo o controle pós-operatório e seguindo todas as recomendações médicas que me foram feitas, ciente de que o não cumprimento destas determinações poderá acarretar em prejuízos nos resultados.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Divinópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura

### TESTEMUNHAS

1ª Testemunha

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª Testemunha

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

### DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro ter explicado todo o procedimento de **HEMOTRANSFUSÃO** ao paciente/responsável acima identificado, expliquei ainda sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo (s) mesmo (s). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhe (s) foi informado.

- ( ) Não foi possível aguardar autorização do paciente ou responsável devido à extrema gravidade do quadro clínico apresentado.
- ( ) Paciente/representante legal se nega a receber a transfusão.

Divinópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico

### OUTRAS ANOTAÇÕES