**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

|  |
| --- |
| **Procedimento: Recusa de Transfusão de Sangue e Hemocomponentes por Crença Religiosa** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Identificação do Paciente (“Paciente”)** | |
| Nome: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data de Nascimento: | \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CPF/ME: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RG: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Identificação do Paciente (“Paciente”)** (No caso de Paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado): | |
| Nome: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data de Nascimento: | \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CPF/ME: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RG: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Por este instrumento particular, tendo por finalidade formalizar minha decisão e garantir que os profissionais de saúde respeitem minha escolha, de acordo com os direitos de liberdade religiosa e autonomia individual garantidos por lei, declaro que, por razões de crença religiosa, **RECUSO-ME A SER SUBMETIDO À TRASFUSÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES.**

Estou ciente de que a recusa deste procedimento pode acarretar riscos significativos à minha saúde, incluindo, mas não se limitando a:

* Agravamento do meu estado clínico;
* Complicações médicas;
* Possibilidade de sequelas permanentes;
* Risco de morte.

Estou ciente de que minha recusa pode limitar as opções de tratamento, mas confirmo que mantenho minha decisão de acordo com minhas convicções religiosas.

Declaro, para os devidos fins, que fui devidamente informado(a) de que esta unidade hospitalar não dispõe do equipamento denominado *Cell Saver* (ou outro equipamento equivalente para recuperação intraoperatória de sangue), encontrando-me ciente e de acordo com a realização do procedimento médico-hospitalar, assumindo integral responsabilidade pela decisão ora manifestada, inclusive quanto às eventuais consequências decorrentes da inexistência do referido equipamento.

Declaro, ainda, que esta decisão é tomada de forma livre, consciente e informada, com base nos preceitos da minha fé religiosa e com total ciência das consequências que tal recusa pode ocasionar.

**Esclarecimento Médico**

Declaro que recebi todas as informações adequadas do meu médico responsável a respeito dos riscos envolvidos na minha escolha de recusar o procedimento indicado, bem como do meu direito à autodeterminação.

**Responsabilidade**

Reconheço que a decisão de não realizar o tratamento indicado é de minha inteira responsabilidade, assim como todas as consequências decorrentes dessa escolha.

Reconheço que os profissionais de saúde responsáveis pelo meu tratamento e toda a equipe hospitalar estão seguindo minha vontade expressa e não podem ser responsabilizados por quaisquer consequências decorrentes desta escolha.

Isento os profissionais de saúde e a instituição de qualquer responsabilidade, seja ela na esfera civil, penal ou administrativa, por eventuais danos à minha saúde, incluindo, mas não se limitando a, agravamento do quadro clínico, sequelas permanentes ou morte, decorrentes da recusa de tratamento aqui estabelecida.

Declaro também que não poderei responsabilizá-los por danos morais, materiais ou de qualquer outra natureza decorrentes da minha recusa ao tratamento.

Reafirmo que esta escolha foi feita sem qualquer tipo de coação ou pressão externa, com total ciência dos riscos envolvidos.

**Belo Horizonte, MG, [\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_][\_\_:\_\_]**

|  |
| --- |
| **Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| (No caso de Paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado)  **Assinatura do Responsável Legal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

Confirmo que expliquei detalhadamente ao(à) Paciente ou ao(à) Responsável, os riscos da não realização do procedimento acima descrito. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável está(ão) em condições de compreender o que lhe(s) foi informado.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do Médico Assistente e carimbo**