

Transfusão de Sangue e Hemocomponentes

Identificação do Paciente (“Paciente”)

Nome: _____ Data de Nascimento __/__/__
CPF/ME: _____ RG _____

Identificação do Responsável (“Responsável”): (No caso de paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado)

Nome do Responsável: _____
Endereço: _____ TEL: _____
CPF/ME: _____ RG: _____

Por este instrumento particular, o Paciente, ou o seu Responsável, declara para todos os fins de direito que, em especial para fins do disposto nos artigos 6º, III e 39, VI, ambos da Lei 8.078/90 (“Código de Defesa do Consumidor” ou “CDC”), **que, sem qualquer vício de vontade ou consentimento, dá total autorização** ao médico, Dr. (a) _____, inscrito (a) no CRM- _____ sob o nº _____ (o “Médico”), executar o Procedimento designado [**Transfusão de Sangue e Hemocomponentes**] (o “Procedimento”), a ser realizado no Instituto Orizonti, hospital localizado na Avenida José de Patrocínio Pontes, nº 1355, Bairro Mangabeiras, CEP nº 30.210-090, na Cidade de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais.

Assim sendo, declaro que o Médico, atendendo ao que determinam os artigos 22 e 34 da Resolução CFM no. 1.931/09 (“Código de Ética Médica”) e após a apresentação de métodos médicos alternativos, sugeriu o Procedimento (anteriormente citado), prestando as informações detalhadas sobre o estado de saúde do Paciente, diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizados, em especial as que seguem abaixo:

DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO/EXAME/TRATAMENTO: A transfusão de sangue e hemocomponentes é o procedimento pelo qual ocorre a transferência de certa quantidade de sangue ou de alguns de seus componentes (concentrado de hemácias, plasma fresco, plaquetas ou crioprecipitado, etc), de um indivíduo-doador para o paciente-receptor.

PRINCIPAIS INDICAÇÕES: Reposição dos componentes sanguíneos (i) decorrente de anemia ou hemorragia; (ii) durante procedimentos cirúrgicos ou previamente a procedimentos e/ou exames invasivos; (iii) para aumentar a capacidade de transportar oxigênio; (iv) melhorar a imunidade; (v) corrigir distúrbios de coagulação.

RISCOS, COMPLICAÇÕES: Apesar dos hemocomponentes serem preparados e testados de acordo com normas rígidas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária -ANVISA (Portaria nº 1353 de 13 de junho de 2011 e RDC nº 57 de 16 de dezembro de 2010), complementadas por normas internacionais de transfusão, existe a possibilidade de ocorrerem reações adversas à transfusão.

As reações poderão ser leves ou graves, imediatas ou tardias, apresentando sintomas como náuseas, febre, sudorese, calafrios, ou ainda dispneia e serem classificadas como reações alérgicas, reação febril não hemolítica, hemolítica aguda, lesão pulmonar aguda associada à transfusão, hipotensão, sobrecarga volêmica, contaminação bacteriana, doenças infecciosas, dentre outras.

Mesmo com a observância e realização de todos os exames sorológicos previstos em lei para garantir a segurança transfusional, existe o risco de a Transfusão de Sangue e Hemocomponentes transmitir doenças infecciosas (tais como Hepatite B e C, HIV, Chagas, Sífilis).

CUIDADOS APÓS TRANSFUSÃO: Caso apresente febre, mal-estar ou apresente manifestação clínica não habitual após a realização da transfusão, procurar o serviço de emergência.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS: Pode ser necessária a coleta de pequenas amostras de sangue para: (i) realização de testes e exames pré e pós transfusionais; e (ii) verificar o surgimento de reações transfusionais imediatas ou tardias.

Declaro, adicionalmente, que:

1. Estou ciente das indicações, possíveis complicações e cuidados após o procedimento de Transfusão de Sangue e Hemocomponentes.
2. Fui informado, inclusive, dos potenciais riscos no caso de não consentir com a realização da Transfusão de Sangue e Hemocomponentes diante da necessidade diagnosticada.
3. Tive oportunidade de livremente perguntar todas as dúvidas e que recebi todas as respostas da equipe médica, a qual me esclareceu todas as dúvidas relativas ao Procedimento a qual o Paciente será submetido, exceto em casos emergenciais, onde este termo poderá ser adquirido e inclusive registrado em outros formatos específicos.
4. Caso aconteça alguma intercorrência, serei avaliado e acompanhado pelo Médico, de tal modo que autorizo a realização de outro procedimento, exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento/exame/tratamento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos, sendo tal autorização necessária para afastar os riscos prejudiciais à minha saúde e à vida.
5. O Procedimento que serei submetido possui em si os riscos apresentados acima e suas possíveis complicações, sendo algumas delas, por vezes, imprevisíveis.
6. Assim, declaro também estar ciente de que o Procedimento não implica necessariamente na cura, e que a evolução da doença e o tratamento poderão eventualmente modificar condutas inicialmente propostas.

Certifico que li este termo, o que foi explicado pra mim, pelo Médico e sua equipe, inclusive quanto à possibilidade de sua revogação, de forma clara, objetiva e em linguagem compreensível ao leigo em medicina e que compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido. Tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais me foram respondidas de forma igualmente compreensível, não restando assim nenhuma dúvida adicional.

Pleno deste entendimento, **autorizo a realização do Procedimento proposto e dos demais procedimentos aqui estabelecidos.**

Belo Horizonte, MG, [data][horário]

Paciente:	Representante Legal:
Nome:	Nome:
CPF:	CPF:

Confirmando que expliquei detalhadamente ao(à) Paciente ou ao(à) Responsável, o propósito, os riscos, os benefícios, os prognósticos e as alternativas para o(s) Procedimento acima descrito, bem como orientei o paciente sobre os cuidados necessários após a realização do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável está(ão) em condições de compreender o que lhe(s) foi informado.

Médico Assistente

 Nome:
 CRM- :

Circunstâncias de Emergência / Risco de Morte: Preencher este Consentimento Informado “Não Obtido”:

Declaro que, devido ao estado clínico do paciente ou à emergência/risco de morte identificado, não foi possível fornecer ao Paciente ou ao Responsável as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Por este motivo, na tentativa de afastar os riscos prejudiciais à saúde e à vida, solicitei transfusão de hemocomponentes em quantidade suficiente para melhorar sua situação clínica do paciente, com base em avaliação técnica.

Médico Assistente

 Nome:
 CRM- :

Revogação deste Consentimento: Declaro que, após receber explicações, ser informado das alternativas ao procedimento e ter minhas dúvidas esclarecidas sobre os riscos de não consentir com a realização da Transfusão de Sangue e Hemocomponentes, **RECUSO-ME A SER SUBMETIDO À TRASFUSÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES**, assumindo os riscos e consequências que me foram devidamente informados e explicados, pelas seguintes razões.

Belo Horizonte, MG, [data][horário]

Paciente:	Representante Legal:
Nome:	Nome:

CPF:

CPF: