



FORMULÁRIO – Agência Transfusional

**AUTORIZAÇÃO DA FAMÍLIA PARA TRANSFUSÃO EM PACIENTE
TESTEMUNHA DE JEOVÁ**

Código: F.HABF.103

Versão: 00

Elaboração: 21/12/2022

DADOS DO PACIENTE

Nome:			
Data de Nascimento:		Prontuário:	
Leito:			
Unidade de internação:			

EU _____,

RG _____, na condição de _____ do paciente,

**ESTOU CIENTE QUE MEU FAMILIAR CORRE RISCO DE MORTE CASO NÃO RECEBA
TRANSFUSÃO, assim, autorizo através desta a transfusão de:**

Hemocomponente	Quantidade
Concentrado de Hemácias:	
Plasma Fresco:	
Plaquetas:	
Crioprecipitado:	
Outro:	

Vila Velha - ES, ____ de _____ de _____.

Assinatura do parente do paciente acima