



FORMULÁRIO – Agência Transfusional

**AUTORIZAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE PARA TRANSFUSÃO EM
PACIENTE TESTEMUNHA DE JEOVÁ**

Código: F.HABF.104

Versão: 00

Elaboração: 21/12/2022

Tenho ciência que o paciente _____
tem como orientação religiosa a religião Testemunha de Jeová e que este se recusa a aceitar
transfusão de hemocomponentes. ESTOU CIENTE QUE O PACIENTE CORRE RISCO DE MORTE
CASO NÃO RECEBA TRANSFUSÃO, desse modo, autorizo através desta a transfusão de:

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

DADOS DO PACIENTE

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

Vila Velha – ES, ____ de _____ de _____.

Assinatura e carimbo do Médico Assistente