

Nome completo do paciente:	
Data de nascimento:	
Responsável legal:	

Eu, acima identificado, na condição de paciente ou de responsável legal pelo paciente fui informado da necessidade de receber transfusão de hemocomponentes (Concentrado de Hemácias, Plasma fresco, Plaquetas ou Criopreceptado).

Estou ciente que as transfusões de sangue e hemocomponentes serão realizadas pela Agência Transfusional do Hospital Antônio Bezerra de Faria, sempre por solicitação do médico responsável ou outro membro de sua equipe. Em relação às transfusões, declaro estar ciente e de acordo com o seguinte:

- Serei submetido à transfusão de sangue e/ou seus componentes cujos benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas de tratamento foram explicados pelo médico.
- Recebi as explicações sobre a indicação da transfusão, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente.
- O serviço de hemoterapia realiza transfusões com bolsas somente de doadores voluntários, razão pela qual será solicitada a cooperação dos familiares para a doação de sangue a fim de repor as unidades de hemocomponentes que venham a ser transfundidas e para manter o estoque do serviço de hemoterapia em quantidade suficiente para o bom atendimento a todos pacientes;
- O controle de qualidade feito no processo de coleta e processamento do sangue é extremamente rígido, especialmente na seleção e triagem dos candidatos à doação e na realização de testes laboratoriais no sangue doado, objetivando o máximo de segurança possível nas transfusões;
- Todo o sangue transfundido apresenta resultado negativo para Hepatite B, Hepatite C, Doença de Chagas, Sífilis, AIDS, HTLV I/II e NAT, conforme recomendações do Ministério da Saúde do Brasil e das entidades internacionais de transfusão de sangue e que, apesar da negatividade dos testes, persiste um risco, ainda que pequeno, de adquirir alguma dessas doenças infecciosas após a transfusão do sangue e/ou hemocomponentes devido à “janela imunológica”. Esta “janela imunológica” é o período em que o doador contraiu alguma infecção, mas os exames ainda não são capazes de detectá-la.
- As transfusões podem causar reações adversas durante, imediatamente após, ou mesmo tardiamente após sua realização, tais como reações alérgicas, febre, calafrio, náuseas, hematúria e, mais raramente, problemas pulmonares ou cardíacos. Todos os cuidados disponíveis na instituição são tomados para se evitar ao máximo estas reações. Na eventualidade da ocorrência de reações transfusionais adversas, serei avaliado e acompanhado.

<input type="checkbox"/>	ACEITO receber transfusões de sangue e/ou seus componentes
<input type="checkbox"/>	NÃO ACEITO receber transfusões de sangue e/ou seus componentes e declaro estar ciente dos riscos decorrentes desta decisão.

Vila Velha- ES, ____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente ou responsável legal

Assinatura e Carimbo Médico prescritor

Circunstância de Emergência: Consentimento Informado não obtido

Devido ao estado crítico do paciente, ou a emergência/risco de morte, não foi possível fornecer ao paciente as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Eu solicitei transfusão de hemocomponentes em quantidade suficiente para melhorar ou reverter sua condição clínica ameaçadora de vida.

Médico solicitante (Ass. e carimbo):

Data: / /