

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome do Hospital: \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_

Data de Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Nome do diretor médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

## TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA RECEPTOR DE SANGUE E OU HEMOTERAPICOS

As transfusões de sangue e de seus componentes são realizadas pelo \_\_\_\_\_, sempre por solicitação do médico do paciente ou outro de sua equipe. Em relação a essas transfusões, declaro consentir que sejam realizadas estando ciente e de acordo com o seguinte:

- a) Meu médico poderá, a seu critério, indicar transfusões de sangue ou de seus componentes para o meu tratamento e caso eu deseje, poderei discutir com ele as vantagens e desvantagens do uso de transfusões como opção terapêutica.
- b) Este hospital realiza transfusões originadas somente de doadores voluntários, razão pela qual será solicitada a cooperação, por parte de meus familiares e amigos, no sentido de realizarem doações de sangue para repor as unidades de sangue e hemocomponentes que eu venha a receber, ou mesmo para manutenção do estoque do hospital em níveis adequados para o bom atendimento dos pacientes.
- c) O controle de qualidade do sangue é extremamente rígido principalmente 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.
- d) Todas as transfusões deste hospital são realizadas com sangue, ou componente sanguíneo, que apresenta resultado negativo para Hepatite "B", Hepatite "C", Doença de Chagas, Sífilis, Aids e HTLV I/II, conforme recomendações do Ministério da Saúde do Brasil e de entidades Internacionais de Transfusão de Sangue.
- e) Nas amostras de sangue coletadas do paciente antes da transfusão, poderão ser realizados exames para detecção de algumas doenças infecto-contagiosas, como Aids, Hepatite "B", Hepatite "C".
- f) Assim como em qualquer ato médico, mesmo com a realização de todos os testes acima citados, com todo o rigor técnico e com os métodos mais modernos que a medicina permite, é possível, excepcionalmente, a ocorrência de reações ou efeitos colaterais, inclusive transmissão de doenças infecto-contagiosas.
- g) Este hospital não comercializa o sangue em hipótese alguma, sendo debitados na conta hospitalar dos pacientes apenas os custos de pessoal, equipamentos e materiais utilizados nos processos de recrutamento, triagem clínica e laboratorial, coleta, processamento, armazenamento e exames laboratoriais imuno hematológicos e sorológicos realizados no sangue do receptor, independente do número de doadores enviados.
- h) Os custos decorrentes dos serviços prestados pelo \_\_\_\_\_ são de minha inteira responsabilidade caso não haja cobertura de meu convênio médico para tais procedimentos.
- i) A equipe do serviço de hemoterapia está à disposição para o esclarecimento de dúvidas sobre qualquer um dos pontos acima mencionados.
- j) E, por estar de acordo com os termos acima assino o presente em caráter irrevogável.

### PACIENTE/RESPONSÁVEL

Confirmando que tive a oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, li, compreendo e concordo com tudo o que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer item, parágrafo, ou palavras com as quais não concordasse.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_: \_\_\_\_

Nome legível: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco do responsável: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHA

Nome legível: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

### PREENCHIMENTO DO PROFISSIONAL DO BANCO DE SANGUE OU MÉDICO

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiar, o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento descrito. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

\_\_\_\_\_  
Nome legível e visto ou carimbo e visto