

TERMO DE CONSENTIMENTO E ESCLARECIMENTO A PROCEDIMENTO HEMOTERÁPICO

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA NOME _____ _____ DN ____/____/____ SEXO _____ RG _____ IDADE _____	O presente termo tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar o paciente e/ou seu responsável sobre os aspectos relacionados com a Transfusão de Sangue e/ou seus componentes e/ou procedimentos hemoterápicos que o paciente poderá ser submetido
---	---

1. Eu, acima identificado, na condição de paciente do Instituto do Coração(InCor- HCFMUSP) o u de responsável legal pelo paciente _____

estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, AUTORIZO a equipe de profissionais da saúde do InCor a realizar:

- () Transfusão de Sangue e Hemocomponentes;
- () Infusão de hemoderivados
- () Procedimento de aférese terapêutico utilizando fluido de reposição;
- () Procedimento de Sangria terapêutico utilizando ou não fluido de reposição;
- () Coleta de célula progenitora hematopoiética para Transplante de Medula Óssea autólogo.
- () Infusão de células progenitoras hematopoiéticas autóloga/alógena/medula óssea

2. Os benefícios e alternativas me foram claramente explicados pelo médico; fui esclarecido que existe risco mínimo de complicações decorrentes dos procedimentos. Para transfusão de hemocomponentes, quando ocorre alguma complicação, o quadro é leve, principalmente alérgico e febril, porém raramente podem ocorrer infecções virais, bacterianas e alterações respiratórias. Em procedimentos de aférese pode haver formigamento, ânsia de vômitos e mal-estar. Em sangrias pode haver mal-estar com sensação de sudorese e queda de pressão. Também estou ciente de que podem ocorrer complicações durante e após procedimentos hemoterápicos, assim como pode ser necessária a modificação da proposta inicial, em virtude de situações imprevistas.

Tive a oportunidade de fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, técnicas laboratoriais, medicamentos e equipamentos disponíveis no InCor, para ser alcançado o melhor resultado.

3. Estou ciente de que o InCor adota todos os procedimentos de qualidade preconizados pela legislação vigente, assim como estou ciente dos riscos e complicações inerentes à transfusão, do tempo necessário para a instalação do (s) hemocomponente (s) e da necessidade de realização de exames em meu sangue previamente à transfusão sanguínea.

4. Confirmando que fui informado, li, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que tive a oportunidade de anular este termo por meio do Termo de Recusa. Portanto AUTORIZO a Transfusão de Sangue ou Procedimento Hemoterápico, conforme prescrição médica.

☐ Paciente	☐ Responsável Legal
Nome Legível _____	Assinatura _____
Grau de Parentesco _____	Identidade Nº _____
Data da assinatura: ____/____/____. Horário: ____:____	

Este consentimento é válido para o período de internação e se aplica aos pacientes clínicos e cirúrgicos com prescrição médica ou reserva de sangue /hemocomponentes para cirurgia. Nos atendimentos ambulatoriais é válido por 1 (hum) ano. A qualquer momento pode ocorrer a recusa para o procedimento.

A ser preenchido pelo Médico

- ☐ Sem possibilidade de assinatura do Termo de Consentimento (Procedimento de Urgência)
- ☐ Expliquei todo o procedimento anestésico/sedativo ao paciente acima identificado, ou ao seu responsável, seus benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico _____ Assinatura _____ CRM _____

São Paulo, ____/____/____ Hora: ____:____ Carimbo: _____