



TERMO DE RECUSA A PROCEDIMENTOS HEMOTERÁPICOS

PACIENTE

Nome: _____ Idade: _____

Documento de Identidade nº _____ Órgão Expedidor: _____ RGHC: _____

OS ESPAÇOS ABAIXO DEVEM SER PREENCHIDOS PELO PACIENTE

Eu, _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Documento de identidade Nº _____ Idade: _____ Sexo: _____

Endereço _____ nº _____

Compl: _____ Bairro : _____ Cidade: _____

Estado: _____ CEP: _____ Telefone (____) _____

Nome da Mãe: _____

Estou sendo tratado no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – InCor - HCFMUSP, em decorrência do CID: _____

1. Recebi orientação e compreendi todas as informações fornecidas pela equipe médica. Para realização do meu diagnóstico e tratamento, com segurança, é essencial o uso de:
 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

Em situação de risco iminente de morte, procedimentos hemoterápicos poderão ser necessários durante a assistência à saúde prestada a mim no InCor.

2. Estou ciente dos benefícios da terapêutica hemoterápica indicada e, por motivos pessoais, me recuso a ser submetido a este tratamento específico, estando ciente do risco de morte pela não realização da terapia discriminada abaixo:
 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

3. Declaro que após ter sido detalhadamente esclarecido pela equipe médica, e ter entendido o que foi explicado, não aceito a(s) terapia(s) acima discriminada(s) no item 2, e que poderiam ser usadas em meu tratamento.

4. Isento totalmente a equipe médica e o InCor, de responsabilidade por quaisquer danos que possam resultar do cumprimento da minha decisão.

São Paulo, ____ de _____ de _____

Assinatura do Paciente

Hora: ____:____

Testemunhas:

Nome: _____

Nome: _____

Doc. Identidade: _____

Doc. Identidade: _____

Ass: _____

Ass: _____

Testemunha

Testemunha

A ser preenchido pelo Médico

Expliquei todo o procedimento ao paciente acima identificado, ou ao seu responsável, e também sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. 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 _____

Data: ___/___/___

Carimbo