

TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE HEMOTRANSUSÃO

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao: () Paciente e ou () Responsável: _____, quanto aos principais aspectos relacionados a **HEMOTRANSUSÃO** ou a realização de Procedimentos ao (s) qual (is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de Colaboradores do Complexo Hospitalar São Francisco, Profissionais especializados e Empresas prestadores de serviços parceiras do Complexo Hospitalar São Francisco.

PROCEDIMENTO, COMPLICAÇÕES E RISCOS

1) **Procedimento:** é usada para corrigir deficiências no transporte de oxigênio e hemostasia, a partir de perdas agudas ou crônicas de sangue e/ou alterações na produção de hemácias, plaquetas ou proteínas da coagulação sanguínea. São realizados exames para assegurar a compatibilidade entre o sangue do doador e do receptor. O sangue é administrado por meio de uma cânula de calibre apropriado, por via intravenosa, sendo volume e o tipo de hemotransusão determinados pelo médico.

2) **Complicações e Riscos:** reação hemolítica aguda, reação febril não-hemolítica, reação alérgica leve moderada ou grave, contaminação bacteriana, sobrecarga volêmica, TRALI (Edema pulmonar agudo não cardiogênico), reação hemolítica não imune, dor aguda, hipotermia, complicações metabólicas, reação sorológica, refratariedade plaquetária, sobrecarga de ferro, doença do enxerto contra o hospedeiro pós transfusional, púrpura pós transfusional, soroconversão HIV, HBV, HCV, Chagas, HTLV e morte.

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, _____, inscrito no CPF sob o nº _____ () Paciente () Responsável grau de parentesco: _____, autorizo a realização da **HEMOTRANSUSÃO** e ou Procedimentos prescritos.

Declaro que recebi do (a) Dr. (a) _____, CRM: _____ todas as informações pertinentes ao procedimento e suas complicações de forma oral, em linguagem clara e simples, e que compreendo o alcance, os riscos, complicações e alternativas de tratamento, sendo assim, decidimos conjuntamente, meu médico e eu, que a **HEMOTRANSUSÃO** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico. Caso o médico tome conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e/ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar novas condições.

Declaro ciência de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis desta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos.

Comprometo-me a colaborar com o tratamento, fazendo o controle pós-operatório e seguindo todas as recomendações médicas que me foram feitas, ciente de que o não cumprimento destas determinações poderá acarretar em prejuízos nos resultados.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Belo Horizonte _____ de _____ de _____
Assinatura

TESTEMUNHAS

1ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

2ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro ter explicado todo o procedimento de **HEMOTRANSUSÃO** ao paciente/responsável acima identificado, expliquei ainda sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo (s) mesmo (s). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhe (s) foi informado.

() Não foi possível aguardar autorização do paciente ou responsável devido à extrema gravidade do quadro clínico apresentado.

() Paciente/representante legal se nega a receber a transfusão.

Belo Horizonte _____ de _____ de _____

Nome completo: _____ CRM: _____

Médico

CAPTAÇÃO DE DOADORES PARA O BANCO DE SANGUE DO HEMOMINAS

1 – É muito importante a **CAPTAÇÃO DE 05 DOADORES** para o banco de sangue do HEMOMINAS.

2 – Você poderá precisar de sangue durante o seu período de internação!

3 – Para maiores informações e doações, entre em contato com o HEMOMINAS:

TELEFONE: (31) 3768-4500 OU PERGUNTE AO SEU MÉDICO.