

Paciente: _____
Data de nascimento: ____/____/____ Setor: _____ Leito: _____ Prontuário: _____

1. Confirmando que recebi explicações, li e compreendi os termos médicos desde documentos, e tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas propostas inicialmente.

2. Estou ciente que meu (minha) médico(a) Dr(a): _____, CRM: _____, prescreveu transfusão de sangue/hemocomponentes com o objetivo de corrigir uma perda sanguínea aguda (p.ex. consequente à cirurgia ou trauma) ou crônica de sangue (p. ex. decorrente de anemias crônicas e/ou situações que comprometam a produção dos elementos do sangue: glóbulos vermelhos, plaquetas ou fatores de coagulação). Como benefícios deste procedimento, entendo que terei minha condição de anemia e/ plaquetas baixas/ distúrbio de coagulação melhorada.

3. Fui orientado(a) quanto aos possíveis **riscos envolvidos e/ou complicações potenciais**: reações transfusionais simples tais como febre, tremores, calafrios e coceira pelo corpo (risco de até 4% reportado em literatura¹). Outras reações mais graves, como lesão pulmonar aguda associada à transfusão (TRALI- Transfusion Acute Lung Injury) e sobrecarga circulatória, têm incidência de 0.4-1.0:100.0005 e 10.9:100.0005 respectivamente. Ainda, existe um risco residual de transmissão de doenças infecciosas por transfusão, como hepatite B, hepatite C, sífilis, doença de Chagas e HTLV I e II. O controle de qualidade do sangue transfundido é extremamente rígido, sendo o risco transmissão de HIV de 1:100.000 reportado em literatura².

4. Também fui orientado sobre as possíveis consequências para minha saúde caso opte por **recusar a transfusão**: possibilidade de piorar a condição da anemia, ocorrência de sangramentos espontâneos e piora da situação clínica.

6. Compreendi a importância de comunicar à equipe assistencial a ocorrência de dor e outros sintomas sugestivos de reação adversa à transfusão.

9. Esta autorização é dada aos médicos da Fundação Beneficente Rio Doce bem como ao(s) seu(s) médicos e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o julgamento profissional, quanto à necessidade de coparticipação.

10. Este termo é válido para o período de internação e se aplica aos pacientes clínicos e cirúrgicos com prescrição médica ou reserva de hemocomponente(s) para cirurgia. No paciente em regime ambulatorial, este termo é válido por 06 meses.

DEVE SER PREENCHIDO PELO PROFISSIONAL DA SAÚDE MÉDICO:

Em complementação às orientações fornecidas pelo médico solicitante ao prescrever a transfusão de sangue. Expliquei todo o procedimento, benefícios, riscos e alternativas. Declaro que respondi às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado e o tratamento proposto.

Nome: _____

Assinatura: _____ Conselho: CRM- _____

Linhares-ES ____/____/____ Hora: ____:____

DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE:

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, entendi as explicações que me foram prestadas, foram esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas. Compreendi seus riscos e benefícios. Aceito receber transfusão de sangue e seus hemoderivados.

() Paciente () Responsável (Grau de Parentesco): _____

Nome: _____

Assinatura: _____ Identidade N.º: _____

Linhares-ES ____/____/____ Hora: ____:____

TERMO DE RECUSA:

Declaração de Recusa: Declaro que **NÃO ACEITO** receber transfusões de sangue e/ou seus componentes e declaro ter obtido os esclarecimentos necessários sobre os riscos desta decisão bem como os benefícios que a transfusão traria ao tratamento com o médico solicitante. Li todo o documento o texto acima, e tive a oportunidade de tirar todas as dúvidas.

() Paciente () Responsável (Grau de Parentesco): _____
Nome: _____ Assinatura: _____

Identidade N.º: _____

Motivo da recusa (opcional): _____

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO - URGÊNCIA MÉDICA

() **Autorizo a transfusão de hemocomponente(s) – Urgência Clínica: Paciente impossibilitado e impossibilidade de submissão do Termo de Consentimento ao responsável.**

Nome do Médico: _____

Assinatura: _____ CRM: _____

Linhas _____ / _____ / _____ Hora: _____ :

Referências:

- (1) AABB Technical Manual, capítulo 6, 19th Edition, 2017
- (2) Sabino et al, Transfusion. 2012 April ; 52(4): 870–879.