

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: / / _____

Nome da Mãe: _____

CPF: _____

RG: _____

Atendimento: _____

DECLARANTE: () Paciente () Responsável ou Representante legal

Eu _____,

CPF: _____ . RG: _____.

Este é um formulário padrão de consentimento orientado para transfusão de sangue e/ou hemoderivados. Estas informações têm como objetivo esclarecer sobre os riscos presentes em todos os procedimentos de transfusão sanguínea e de seus derivados. Esperamos que este formulário o (a) ajude a compreender melhor os acontecimentos que venham a ocorrer antes, durante e depois da transfusão. Se não entender alguma coisa, **PERGUNTE!**

Estou ciente que serei submetido ao seguinte procedimento: **TRANSFUSÃO DE SANGUE E/OU HEMODERIVADOS.**

DECLARO ter sido informado que o Serviço de Hemoterapia da Santa Casa de Maceió, comprometido com a segurança e qualidade dos serviços realizados para triagem e processamento do sangue, realiza testagem exaustiva das amostras de sangue coletadas dos doadores, empregado as mais modernas técnicas disponíveis no mercado, incluindo Biologia Molecular para Hepatite B, Hepatite C e HIV.

DECLARO estar ciente que mesmo após a realização de todos os testes sorológicos disponíveis no mercado, a transfusão não é isenta de riscos e que, embora muito remotamente, existe a possibilidade da transmissão de doenças infecciosas como AIDS (HIV), hepatites (Vírus B, C e demais tipos), doença de chagas, sífilis, HTLV e demais doenças infecto contagiosas que sejam passíveis de transmissão por transfusão de sangue e hemoderivados.

DECLARO estar ciente de que a lista de riscos e complicações descritos neste termo pode não incluir todas as patologias conhecidas ou passíveis de acontecer no procedimento de transfusão de sangue e/ou hemoderivados, mas é a lista das mais comuns. **RECONHEÇO e ASSUMO** que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste termo de consentimento.

DECLARO estar ciente que qualquer aspecto deste termo de consentimento que eu não consiga entender, poderá ser explicado para mim em maiores detalhes, apenas perguntando ao médico ou sua equipe. Certifico que meu médico informou-me sobre a natureza e as características do tratamento proposto, assim como também dos resultados antecipados do tratamento, do risco do não tratamento, de outros riscos e complicações conhecidos.

DECLARO, ainda, reconhecer que, durante a transfusão, ou mesmo no período pós-transfusão, novas condições podem requerer procedimentos médicos que não foram descritos neste termo. Assim sendo, autorizo o médico abaixo, e os assistentes designados por ele, a executarem estes atos ou outro procedimento médico que, segundo o julgamento profissional dele, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitam de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento de transfusão seja iniciado.

DECLARA o médico assistente do paciente que está ciente dos riscos que a transfusão de sangue e/ou hemoderivados pode representar a saúde do paciente sob seus cuidados, autorizando o seu uso em virtude do quadro clínico do paciente justificar o seu emprego, pois, não há disponível no

momento de sua indicação qualquer terapia alternativa que substitua com igual eficiência o tratamento através de sangue e ou hemoderivados, tendo em vista que os benefícios advindos da transfusão de sangue e /ou hemoderivados são imprescindíveis ao bem estar do paciente e superam em muitos os seus possíveis efeitos danosos.

DECLARO que tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória;

DECLARO ter sido informado de que não existe garantia ou segurança absoluta referente aos resultados deste procedimento.

DECLARO que li, compreendi e recebi os devidos esclarecimentos de forma clara e explicativa quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento e complicações potenciais. Incluindo no que diz respeito à possibilidade do procedimento não surtir o efeito esperado e que a evolução da doença e do tratamento pode obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento;

Sem mais dúvidas, assim, declaro agora que estou satisfeito (a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do procedimento. Desta maneira, e nestas condições, dou o meu consentimento para que o mesmo seja realizado.

Ao médico assistente: O procedimento médico ou cirúrgico descrito no formulário, incluindo os possíveis riscos, complicações, tratamento alternativo (incluindo o não tratamento) e os resultados antecipados foram explicados por mim em viva voz ao paciente ou ao seu responsável antes que o consentimento fosse assinado.

Assinatura e carimbo do médico

Maceió, _____ de _____ de _____ Hora: _____ : _____

Paciente

Responsável legal (grau de parentesco): _____

Nome: _____

Identidade: _____

1º Testemunha

Nome: _____

Identidade: _____

2º Testemunha

Nome: _____

Identidade: _____