

Termo de Ciência e Consentimento

Transfusão de Sangue e Hemocomponentes

Paciente: _____ Sexo: _____
Registro: _____ Data de nasc.: ____/____/____
Convênio: _____
Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

Por este instrumento, eu, _____, declaro que:

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte alteração e/ou diagnóstico:

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte procedimento hemoterápico:

Transfusão de Sangue e Hemocomponentes

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

Fui informado (a) que a transfusão é o ato de infundir um ou mais dos componentes do sangue através de uma veia. Os componentes do sangue que podem ser transfundidos são os glóbulos vermelhos, plaquetas e concentrados de fatores de coagulação. O procedimento de transfusão é realizado por um técnico treinado do serviço de hemoterapia e supervisionado por um médico, e demora em média 2 a 3 horas. Durante a transfusão você poderá ler, ver televisão, comer e conversar normalmente. Antes da transfusão, uma amostra do seu sangue é coletada para testar a sua compatibilidade com o sangue que poderá ser transfundido.

Estou ciente de que os motivos mais comuns que levam à necessidade de transfusão são anemia grave, sangramentos e disfunção das células e fatores responsáveis pela coagulação. O objetivo da transfusão é corrigir a anemia e melhorar seus sintomas, e estancar o sangramento ou preveni-lo.

Entendi que apesar de muito seguro e bem tolerado o procedimento de transfusão pode estar associado a algumas reações adversas e complicações. As reações mais comuns são leves e facilmente tratadas com medicamentos: febre, calafrios, náusea, coceira e vermelhidão no corpo. Reações mais sérias são muito raras, mas podem acontecer e levar a internações prolongadas e até mesmo ao óbito. Essas reações incluem alergias graves, queda da pressão arterial, acúmulo de líquido nos pulmões e destruição das células transfundidas (Hemólise). O Hospital Córdio Pulmonar está plenamente equipado para diagnosticar e tratar essas complicações.

Compreendi que o risco de transmissão de doenças infecciosas pela transfusão é muito baixo, pois todas as unidades de sangue são obrigatoriamente testadas para Hepatite B, Hepatite C, Doença de Chagas, Sífilis, AIDS e HTLV I/II, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde e respeitando padrões internacionais de segurança. Entretanto, mesmo com todo rigor técnico, excepcionalmente, pode ocorrer a transmissão de alguma dessas doenças ou até de outras cujo teste não seja rotineiramente realizado ou que sejam desconhecidas.

Fui informado (a) que o Hospital Córdio Pulmonar utiliza critérios rigorosos para indicar a transfusão de hemoderivados e que quando indicada ela representa a melhor alternativa para o paciente naquela situação clínica. Existem algumas alternativas à transfusão que podem ser utilizadas em situações específicas: O uso de sangue autólogo, onde o paciente doa antecipadamente para si mesmo e é transfundido no futuro; a aspiração do sangue do campo operatório que será devolvido pela veia após seu processamento na sala de cirurgia; o uso de determinadas medicações que estimulam a formação de novas células pelo organismo.

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Salvador, ____ de _____ de 20 ____ : ____ (hh:min)

Paciente Responsável

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____ Parentesco _____

DECLARAÇÃO DO(A) MÉDICO(A) OU ENFERMEIRO(A) RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Salvador, ____ de _____ de 20 ____ : ____ (hh:min)

Nome do(a) médico(a) ou enfermeiro(a):

_____ CRM ou COREN: _____

Assinatura: _____