

# TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRANSFUÇÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES

Dr. Augusto César S. Sorage  
Diretor Técnico Médico do Hospital  
Unimed Costa do Sol  
CRM - RJ 5254777-7

**Unimed**   
Costa do Sol

**Hospital Unimed Costa do Sol**  
[www.unimed.coop.br/costadosol](http://www.unimed.coop.br/costadosol)  
Estr. Heroína Lima Vieira Azevedo, 73  
27933-270 Centro, Glória, Macaé - RJ  
T.(22) 2105-8008

Paciente: \_\_\_\_\_,

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Atendimento: \_\_\_\_\_,

Residente: \_\_\_\_\_

(Dados automáticos extraídos do prontuário do paciente)

## **Caso responsável legal**

Nome completo: \_\_\_\_\_,

RG: \_\_\_\_\_ Grau da Parentesco: \_\_\_\_\_

Eu, acima identificado, na condição de paciente da Unidade de Saúde, ou de responsável legal, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para fins legais que:

1. Estou ciente da necessidade de realização de transfusão de sangue e de seus componentes, indicada pelo (a) médico (a) responsável

2. Fui informado sobre o procedimento que será realizado, tendo sido orientado quanto aos seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis, pude fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente, em linguagem compreensível, permitindo o adequado entendimento, inclusive quanto aos benefícios e/ou complicações potenciais e riscos no caso de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da necessidade diagnosticada;

3. Declaro consentir com a administração de hemocomponentes durante minha internação até o curso completo do tratamento;

4. Compreendo que, conforme esclarecido, apesar da seleção dos doadores e dos testes sorológicos com resultados não reagentes (negativos), produtos do sangue podem, raramente, transmitir doenças infecciosas devido à "janela imunológica" (período em que doador contraiu alguma infecção, mas os exames ainda não são reagentes para permitir a detecção);

5. Estou ciente, também, que, embora pouco frequente, posso apresentar reações indesejáveis durante ou imediatamente após a transfusão, tais como febre, calafrio e urticária. Nessa situação, serei avaliado e acompanhado pelo médico responsável, sendo que autorizo a realização de outro procedimento, exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante ou após a realização do procedimento transfusional e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos, de modo a afastar os riscos prejudiciais à saúde e à vida;

6. Entendo que não existe garantia quanto aos resultados a serem obtidos com a realização do procedimento;

7. Confirmando que recebi, li e compreendi todas as explicações prestadas e que me foi dada a oportunidade de solicitar esclarecimentos adicionais, tendo ciência que, a qualquer momento, poderei revogar o presente consentimento, desde que antes da realização do procedimento proposto.

Diante do exposto, pelo presente termo:

(  ) Autorizo a realização do procedimento.

(  ) Não autorizo a realização do procedimento, pelo seguinte motivo: \_\_\_\_\_

# TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRANSFUÇÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES

Dr. Augusto César S. Sorage  
Diretor Técnico Médico do Hospital  
Unimed Costa do Sol  
CRM - RJ 5254777-7

**Unimed**   
Costa do Sol

**Hospital Unimed Costa do Sol**  
[www.unimed.coop.br/costadosol](http://www.unimed.coop.br/costadosol)  
Estr. Heroína Lima Vieira Azevedo, 73  
27933-270 Centro, Glória, Macaé - RJ  
T.(22) 2105-8008

## Médico Responsável

- (  ) Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme termo acima.
- (  ) Não foi possível a coleta deste termo de Consentimento Informado, por se tratar de situação de EMERGÊNCIA.

*Circunstâncias de Emergência / Risco de Morte: Preencher este Consentimento Informado "Não Obtido": Declaro que, devido ao estado clínico do paciente ou à emergência/risco de morte identificado, não foi possível fornecer ao paciente as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Por este motivo, na tentativa de afastar os riscos prejudiciais à saúde e à vida, solicitei transfusão de hemocomponentes em quantidade suficiente para melhorar sua situação clínica do paciente, com base em avaliação técnica.*

Macaé/RJ, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do paciente ou responsável legal quando o paciente for menor ou sem condições de assinar*

Profissional responsável pela aplicação do termo: \_\_\_\_\_