



GRUPO GESTOR DE SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO SANGRIA TERAPÊUTICA



O presente termo tem o objetivo de comprovar as informações prestadas ao paciente e/ou responsável, pelo médico assistente, dos principais aspectos relacionados à sangria terapêutica a qual será submetido, incluindo os benefícios, riscos, potenciais complicações e eventuais alternativas, e formalizar o seu consentimento, livre e esclarecido, para o referido procedimento.

Na ausência da etiqueta é obrigatório o preenchimento dos dados abaixo

Paciente: _____

Nome Social (quando aplicável): _____

Endereço: _____

DN: ____/____/____ CPF: _____ RG: _____ Órgão Expedidor: _____

Obs: No caso deste termo ser preenchido pelo responsável do paciente, preencher também os dados do responsável, no espaço abaixo:

Nome completo: _____ Parentesco: _____

DN: ____/____/____ CPF: _____ RG: _____ Órgão Expedidor: _____

Declaro que:

- Nas informações que forneci, nada omiti em relação à minha saúde e hábitos.
- Recebi todas as informações quanto a sangria a que serei submetido, incluindo seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas, considerando inclusive minhas condições pessoais, tendo sido esclarecido ainda que:
 - A sangria é usada para tratamento de diversas doenças que causam elevação do ferro ou excesso de hemácias, como, por exemplo, nos portadores de hemocromatose, policitemia vera e poliglobulia;
 - Para fazer uma sangria terapêutica o sangue será retirado de uma veia e irá para uma bolsa de coleta que ficará em uma balança, na qual o volume de retirada de sangue será controlado. Todo o processo é feito com material descartável e, em nenhuma hipótese, o sangue poderá ser reutilizado;
 - Embora pouco frequente, a sangria terapêutica pode causar efeitos indesejáveis, como, por exemplo: cansaço, sonolência, queda da pressão arterial, tonteira, extravasamento e/ou hematoma no local de punção da veia;
 - Estou ciente que é recomendável, no dia do procedimento, ingerir líquidos, fazer uma refeição leve prévia e não comparecer sem um acompanhante. O Banco de Sangue GSH possui protocolos para minimizar a ocorrência desses riscos, tais como protocolo de reposição de volume com soro fisiológico.
- Foi-me dada a oportunidade de fazer perguntas que foram integralmente respondidas, bem como a opção pelo cancelamento do procedimento de sangria terapêutica.
- Entendo que como benefício desse procedimento é esperada a queda nas minhas taxas de ferro e/ou hemácias, porém não existe garantia absoluta quanto aos resultados a serem obtidos.
- Autorizo a utilização dos dados técnicos do(s) procedimento(s) para estudos que se fizerem necessários quanto a sangria terapêutica (não serão utilizados ou enviados quaisquer dados pessoais).

Confirmo 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, considerando a necessidade de sangria terapêutica:

() **AUTORIZO a realização da sangria terapêutica.**

() **NÃO AUTORIZO a realização da sangria terapêutica.** Motivo: _____

Data ____/____/____

Hora: _____:_____

Assinatura do Paciente ou Responsável

PELO MÉDICO:

Atesto que expliquei todo o procedimento de sangria terapêutica a que o paciente acima referido está sujeito ao próprio paciente e/ou seu responsável, informando sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas por ele(s) formuladas. Entendo que o paciente e/ou seu responsável compreendeu(ram) o que lhe(s) foi informado.

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado por tratar-se de situação de urgência.

Médico - Assinatura e Carimbo: _____

Revogação por: _____, ____/____/____, às _____ horas e _____ minutos.

Assinatura do Paciente ou Responsável