



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559
site: www.santacasamarilia.com.br

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”
Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição (Resolução
CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)
TRANSFUSÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES**

O (a) paciente ou seu (sua) responsável abaixo assinado autoriza, através do presente termo de consentimento livre e esclarecido, a realização do procedimento designado **“TRANSFUSÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES”**.

- **Definição:** As transfusões de sangue/hemocomponentes tem como objetivo repor um ou mais constituintes do sangue (Glóbulos Vermelhos, Plaquetas e Fatores de Coagulação), por meio dos hemocomponentes: concentrado de hemácias, concentrado de plaquetas, plasma fresco congelado e crioprecipitado, de acordo com a necessidade comprovada através de exames laboratoriais e do exame clínico realizado pelo médico.

- **Principais riscos possíveis:** As transfusões, apesar de todos os testes e precauções, podem trazer riscos para saúde e causar reações transfusionais como febre, calafrios, alergia e raramente, problemas respiratórios e cardíacos.

O(a) paciente ou seu(sua) responsável está ciente, de acordo e foi esclarecido das seguintes condições:

1. Recebeu informações de que todos os testes exigidos pela legislação vigente foram realizados nas bolsas de sangue mas, embora mínimos, existe o risco de transmissão de vírus e bactérias.

2. Está ciente de que o serviço de hemoterapia realizará testes pré transfusionais (Tipagem Sanguínea, Pesquisa de Anticorpos e Prova de Compatibilidade) e, este processo demora no mínimo 2 horas para sua completa realização, podendo ser ainda mais demorado caso haja alterações na Pesquisa de Anticorpos.

3. Está ciente de que a duração de cada bolsa demora de 40 min a 4 horas, dependendo do hemocomponente que estiver recebendo.

4. Recebeu, através do médico e/ou enfermeiro e/ou biomédico do Serviço de Hemoterapia, informações de forma clara sobre os benefícios e os riscos do tratamento ora autorizado, efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo, além das instruções relativas ao procedimento, tendo esclarecido as suas dúvidas.



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559
site: www.santacasamarilia.com.br

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”
Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição (Resolução
CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)
TRANSFUSÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES**

5. Está ciente que poderá revogar o consentimento prestado a qualquer momento, antes que o referido procedimento seja realizado.

6. Autoriza o envio de cópia do prontuário quando por solicitação de autoridades.

Concorda com o tratamento acima proposto, e atesta que recebeu neste momento uma cópia e possui pleno conhecimento de todo o teor do presente termo.

Marília, _____ de _____ de 20 ____.

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal (grau de parentesco):

Nome do Médico Responsável: _____

CRM: _____

Assinatura do Médico Responsável: _____