	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>  <b>Transfusão de Sangue e Hemoderivados</b>	<b>HE.TER.001/16</b>
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------

<b>ETIQUETA DO PACIENTE</b>
-----------------------------

Por este instrumento particular o(a) paciente \_\_\_\_\_  
ou seu responsável Sr.(a) \_\_\_\_\_ declara,  
para todos os fins legais, especialmente disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena  
autorização ao(à) médico(a) assistente, Dr.(a) \_\_\_\_\_  
inscrito(a) no CRM - \_\_\_\_\_ sob o nº \_\_\_\_\_ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico  
do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento hemoterápico designado **“TRANSFUÇÃO DE  
SANGUE E HEMODERIVADOS”**, que inclui a transfusão de concentrado de hemácias, plasma,  
plaquetas e/ou crioprecipitado ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer,  
podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim,  
que o referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art.  
9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o  
tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e  
sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que  
se seguem:


**DEFINIÇÃO:** A transfusão de componentes de sangue ou de seus hemoderivados refere-se à transfusão  
da parte específica do sangue que o paciente mais necessita, permitindo que o paciente (receptor) receba  
hemoterapia específica mais efetiva e usualmente mais segura do que o uso do sangue total.

**COMPLICAÇÕES:**

- 1- Febre;
- 2- Alergia;
- 3- Anafilática;
- 4- Hemolítica (destruição dos glóbulos vermelhos transfundidos);
- 5- Sobrecarga circulatória;
- 6- Embolia gasosa;
- 7- Hipotermia (diminuição da temperatura corpórea);
- 8- Hipocalcemia (baixa no nível de cálcio sérico);
- 9- Contaminação bacteriana.

\_\_\_\_\_  
Ass. Paciente e/ou Responsável

\_\_\_\_\_  
Ass. Médico

	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>  <b>Transfusão de Sangue e Hemoderivados</b>	<b>HE.TER.001/16</b>
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado **não assegura a garantia de cura**, e que a evolução da doença e do tratamento podem 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.

Diante disto, declaro que concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade de expressar a minha vontade sobre os pontos com os quais não concordasse; e que a qualquer momento e sem a necessidade de nenhuma explicação poderei revogar este termo de consentimento e desistir do procedimento médico proposto.

**Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.**

**Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.**

Anápolis (GO), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Ass. Paciente e/ou Responsável  
Nome: \_\_\_\_\_  
RG/CPF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ass. Médico  
Nome: \_\_\_\_\_  
CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

**Código de Ética Médica – Ar. 22º.** É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

**Art. 34º.** É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º.** O fornecedor de produtos ou serviço potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

**Art. 39º.** É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.