

Termo de consentimento do médico assistente para transfusão



Eu, _____

nacionalidade _____, estado civil _____

nº de identidade _____ CPF _____

CRM _____, domiciliado à _____

na cidade de _____, estado _____, na qualidade de médico assistente do paciente _____,

Aptº _____ leito _____, do Hospital São Bernardo, estou ciente que meu paciente corre risco de morte caso não receba transfusão, e que a família não autorizou o procedimento, mesmo assim, autorizo a transfusão de Hemocomponentes em quantidade suficiente para melhorar a sua condição clínica.

Colatina, ____ de _____ de 20 _____. Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura: _____ CRM/ ____: ____.