

# Termo de consentimento para Receptor de Sangue e/ou Hemoterápico



O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao:  
( ) paciente e/ou ( ) responsável: \_\_\_\_\_, quanto aos principais aspectos relacionados aos riscos inerentes a Transfusão de Hemocomponente(s) e/ou Procedimento Hemoterápico ao(s) qual(is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital São Bernardo.

## **Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo paciente e/ou responsável.**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ ( ) paciente/ ( ) responsável (grau de parentesco: \_\_\_\_\_), autorizo a realização de Transfusão(ões) de Hemocomponente(s) ou Procedimentos Hemoterápicos prescritos.

1) A proposta da transfusão de sangue/ hemocomponentes e/ou procedimentos hemoterápicos a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações ponteciais e alternativas me foram explicadas claramente pelo médico solicitante.

2) Estou ciente de que o banco de sangue adota todos os procedimentos de qualidade do(s) hemocomponente(s) disponibilizado(s), de acordo com as normas legais, assim como dos riscos inerentes à transfusão, do tempo necessário para a instalação do(s) hemocomponentes.

3) Realizei exames prévios no meu sangue e fui informado que foi feito o mesmo no sangue do doador.

4) Confirmo que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento, autorizo a realização da transfusão de hemocomponentes e/ou procedimento hemoterápico conforme prescrição médica.

Colatina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_  
(assinatura do paciente/ responsável legal)

Testemunhas:

1) Assinatura: \_\_\_\_\_ 2) Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_ CPF nº: \_\_\_\_\_

## **Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.**

Expliquei o processo transfusional ao paciente e/ou responsável acima identificado, expliquei ainda sobre os benefícios, riscos, alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável, esta em condições de compreender o que lhe foi informado.

Colatina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ CRM/ \_\_\_\_: \_\_\_\_.