

Nome do paciente Sobrenome:

Número do arquivo:

NÃO QUERO SER INFORMADO SOBRE O ASSUNTO ()**

O meu médico / o médico do meu paciente

informou-me / ao meu paciente que a transfusão de sangue e componentes do sangue pode fazer uma diferença significativa melhora ou mudança positiva na doença.

Sangue e componentes do sangue (além disso, livre de leucócitos, irradiado, lavado):

- Cheio de sangue,
- Suspensão de eritrócitos
- Plasma fresco congelado
- Pode ser suspensão de plaquetas ou crioprecipitado.

Os benefícios e riscos deste procedimento de transplante e tratamentos alternativos são explicados. Embora o sangue e os hemocomponentes sejam preparados e testados de acordo com as normas legais e científicas, podem causar em mim/meu paciente reações imunológicas, alérgicas, microbianas, físicas ou químicas de transporte imprevisíveis; embora essas reações sejam geralmente leves ou moderadas, elas raramente podem progredir para um nível que ameace a vida; Aprendi que essas reações podem ser fatais, apesar das tentativas bem-sucedidas de tratamento, mesmo quando meu próprio sangue é doado. Mesmo que seja testado com os métodos mais atualizados, sei que alguns vírus (como AIDS, vírus da hepatite; Hepatite B, Hepatite C) raramente podem ser transmitidos por transfusão de sangue e hemocomponentes e, portanto, há existe a possibilidade de uma infecção se desenvolver meses ou anos depois.

Tive a oportunidade de tirar dúvidas sobre transfusão de sangue e hemocomponentes. Este "consentimento informado" que dei é válido até a alta hospitalar (**).

Fui informado sobre a transfusão de sangue e hemocomponentes para mim / meu paciente, entendi o que foi escrito / dito.

CONFIRMO

NÃO CONFIRMO

Data/hora:

Paciente/ Parente do Paciente Nome-Sobrenome:

Assinatura:

Testemunha: Enfermeira/Médico Nome-Sobrenome:

Assinatura:

Médico Nome-Sobrenome:

Assinatura:

DESCRIÇÕES

* Se o paciente for maior de 18 anos e estiver consciente, ele mesmo deverá aprovar este formulário. Caso contrário, a aprovação deve ser feita pelo parente de primeiro grau do paciente (mãe, pai, irmão, cônjuge, filho).

**Nos casos em que o paciente não quiser ser informado, deverá assinar a frase "Não quero ser informado" de próprio punho, escrevendo-a sob este formulário.

*** O paciente/familiar do paciente tem o direito de revogar o consentimento para transfusão de hemoderivados a qualquer momento. Nesse caso, o paciente deve assinar um novo termo de consentimento.