

Eu \_\_\_\_\_,  
prontuário \_\_\_\_\_, data de nascimento \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_,  
UF \_\_\_\_\_, (Responsável legal: \_\_\_\_\_,  
Parentesco: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_) internado na Unidade de  
Saúde \_\_\_\_\_ recebi e compreendi as  
orientações sobre transfusão de plasma convalescente. Estou ciente dos riscos e benefícios do tratamento,  
tive oportunidade de questionar todos os aspectos do procedimento e recebi as informações abaixo citadas:

1. A transfusão de plasma proveniente de doadores convalescentes de COVID-19 pode trazer benefícios ao melhorar a gravidade da infecção pelo coronavírus SARS-COV2.
2. Apesar do benefício teórico, por possuir anticorpos contra o coronavírus, não há certeza do seu benefício com os estudos atuais.
3. Devido à gravidade do meu caso e à falta de tratamento comprovadamente eficaz e seguro, meu médico considerou que a transfusão do plasma convalescente trará mais benefícios do que riscos à minha saúde.
4. O controle de qualidade realizado durante o processo de coleta e processamento do sangue no HEMOCE está de acordo com as normas sanitárias brasileiras objetivando o máximo de segurança possível nas transfusões;
5. Todo o sangue transfundido a partir do HEMOCE é testado e com resultado negativo para as seguintes doenças: Hepatites B e C, Doença de Chagas, Sífilis, AIDS (HIV), e HTLVI/II, conforme recomendações do Ministério da saúde do Brasil e ANVISA, seguindo os preceitos da legislação sanitária vigente no país;
6. Mesmo com a realização de todos os testes acima citados e com a aplicação de todo o rigor técnico e dos métodos mais modernos que a medicina permite, é possível a ocorrência de reações e efeitos colaterais relacionados à transfusão, incluindo a transmissão de doenças infectocontagiosas, reações alérgicas, sobrecarga circulatória, lesão pulmonar aguda associada à transfusão e óbito, visto que a transfusão de sangue envolve riscos imediatos ou tardios;
7. O HEMOCE realiza transfusões apenas a partir de doadores voluntários e, em nenhum momento, seu tratamento estará vinculado à apresentação desses doadores;
8. Os médicos e funcionários do HEMOCE estão à disposição para o esclarecimento de dúvidas, sobre qualquer um dos pontos acima mencionados.

**CONCORDO e AUTORIZO a realização da transfusão.**

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PACIENTE  
(necessária se > 16 anos)

\_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL LEGAL - PAI( ) MÃE( ) OUTRO( )  
(necessária se paciente não civilmente capaz)

**Médico Responsável pela orientação e obtenção do consentimento:**

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

Assinatura: \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.