

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO PARA USO DO SISTEMA
DE RECUPERAÇÃO INTRAOPERATÓRIA
DE SANGUE (RIOS/CELL SAVER) PARA
RECUSA DE TRANSFUSÃO**

FORM.RIOS.0004

REV: 0

Nome do paciente: _____

Nome da mãe: _____

Data de nascimento: _____

Convênio: () SUS outro () _____

Data do procedimento: _____ Horário: _____

Tipo de cirurgia: () cardíaca () ortopédica () transplante () vascular () neurologia
() outro _____

Justificativa: () cirurgia de grande porte () PAI positivo () recusa de transfusão

1. Identificação do procedimento:

O sistema de **recuperação intraoperatória de sangue (RIOS/Cell Saver)** é um equipamento utilizado durante cirurgias com alto potencial de sangramento para **coletar, filtrar e reinfundir o sangue do próprio paciente** que se perde durante o procedimento. Esse método tem o objetivo de **evitar a necessidade de transfusão de sangue de doadores**, utilizando de forma segura o sangue do próprio paciente.

2. Explicação do procedimento:

Durante a cirurgia, o sangue perdido é aspirado e processado por um equipamento específico. Esse sangue é filtrado, lavado e reinfundido ao paciente, de acordo com critérios médicos e de segurança estabelecidos. O sangue obtido da recuperação intraoperatória é de uso **EXCLUSIVO** do paciente e deverá ser infundido enquanto o paciente estiver na sala cirúrgica ou no máximo em até 4 horas após processado.

O processo é conduzido por uma **equipe capacitada**, sob **supervisão médica**, seguindo protocolos que asseguram a qualidade e a esterilidade do material coletado.

3. Benefícios esperados:

- Utilização exclusiva do sangue do próprio paciente;
- Respeito integral à decisão do paciente de não receber sangue de doadores;
- Redução de riscos associados à exposição a sangue alogênico, incluindo reações imunológicas e doenças transmissíveis;
- Melhor compatibilidade fisiológica, por se tratar de sangue autólogo.

4. Riscos e possíveis complicações:

Apesar de ser considerado um método seguro, podem ocorrer:

- Hemólise (rompimento de glóbulos vermelhos);
- Contaminação bacteriana, embora rara;
- Volume de sangue recuperado insuficiente para reinfusão;

5. Principais indicações cirúrgicas:

- Cirurgias cardiovasculares com circuito de extracorpórea.
- Cirurgias vasculares e ortopédicas de grande porte.
- Transplante de órgãos.

6. Principais Contraindicações:

- Cirurgias que tenham contaminação bacteriana no campo operatório (Com uso do filtro de leucócitos é possível utilizar).
- Cirurgias neoplásicas (Com uso do filtro de leucócitos é possível utilizar).
- Uso de alguns fármacos, cimento cirúrgicos ou agentes hemostáticos no campo operatório.
- Presença no campo operatório de líquidos orgânicos tais como: líquido amniótico, urina ou gordura.

7. Consentimento:

Declaro que:

- Fui informado(a) de forma clara e compreensível sobre o procedimento, seus benefícios, riscos e alternativas;
- Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas satisfatoriamente;
- Compreendo que posso revogar este consentimento a qualquer momento, antes da realização do procedimento, sem prejuízo ao meu atendimento médico.

Autorizo, portanto, a realização do **procedimento de recuperação intraoperatória de sangue (RIOS/Cell Saver)** durante minha cirurgia, conforme orientação da equipe médica responsável.

Local e data: _____

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal:

Nome legível: _____

Assinatura do(a) médico(a) responsável:

CRM: _____

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA:

Autorizo a realização da recuperação intraoperatória de sangue de urgência.

Paciente ou responsável encontra-se impossibilitado para assinatura do termo de ciência e consentimento.

Fortaleza, ____ de _____ 20 ____ hora: _____

Nome: _____

CRM: _____ ASS: _____

*(paciente impossibilitado nesse caso, digo inconsciente)