

Eu _____,
prontuário _____, data de nascimento _____, CPF _____,
(Responsável: _____, CPF: _____) recebi as
informações abaixo citadas:

1. A transfusão de hemocomponentes consiste na administração intravenosa de componentes do sangue (como hemácias, plaquetas, crioprecipitado e plasma), conforme indicação médica.
2. A transfusão traz benefícios ao paciente através da rápida reposição de células ou fatores do sangue, relacionados principalmente à melhoria da função de oxigenação tecidual e restauração da coagulação.
3. O controle de qualidade realizado durante o processo de coleta e processamento do sangue está de acordo com as normas sanitárias brasileiras objetivando o máximo de segurança possível nas transfusões. 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), HTLVII/II e Malária. É importante saber que a transmissão da hepatite B é evitável, sendo disponível a vacina contra essa infecção. A vacina está disponível gratuitamente na Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência
4. Apesar de todos os cuidados e testes realizados, podem ocorrer reações como febre, reações alérgicas, calafrios, sobrecarga circulatória, formação de anticorpos e, raramente, transmissão de infecções, pois não existe procedimento médico totalmente isento de riscos.
5. Em algumas situações, existem tratamentos alternativos como reposição de ferro, ácido fólico, vitamina B12, agentes estimuladores da eritropoese que, entretanto, não são adequados para todos os casos. Caso deseje, poderá discutir com seu médico assistente as vantagens e desvantagens do uso de transfusões como alternativa terapêutica para o tratamento.

Declaro que:

1. Tive a oportunidade de ler o **Panfleto de Orientações sobre Transfusão de Hemocomponentes**, no qual constam explicações detalhadas sobre o procedimento, compreendi as informações e esclareci as dúvidas.
2. Posso recusar o procedimento.
3. Posso revogar esse consentimento a qualquer momento.

(☐) **AUTORIZO** a realização da transfusão. (☐) **NÃO AUTORIZO** a realização da transfusão.

Assinatura do paciente

Assinatura do responsável – PAI (☐) MÃE (☐) OUTRO (☐) _____
(necessária se menor de idade ou incapaz)

Médico Responsável pela orientação e obtenção do consentimento:

Nome: _____ CREMEC: _____

Assinatura: _____

_____ de _____ de 20 _____

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO

Revogo, de forma livre e consciente, o consentimento prestado em ____/____/____ e
não desejo prosseguir com o procedimento de transfusão de hemocomponentes.

Fortaleza, ____ de _____ de _____

Assinatura do (a) paciente ou responsável