



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

Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Quarto/Leito: \_\_\_\_\_ N.A: \_\_\_\_\_

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TRANSFUSÃO DE SANGUE E/OU HEMOCOMPONENTES

#### PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO PACIENTE

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade RG nº \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF/ME nº \_\_\_\_\_, data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, doravante denominado(a) **PACIENTE**, por este Termo, pessoalmente, ou, neste ato representado por meu responsável legal Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade RG nº \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF/ME nº \_\_\_\_\_, grau de parentesco \_\_\_\_\_.

#### **ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE O PROCEDIMENTO**

A transfusão de hemocomponentes (sangue), em regra, tem o objetivo de repor um ou mais dos seguintes constituintes do sangue: Concentrado de Hemácias, Concentrado de Plaquetas, Plasma Fresco Congelado e Crioprecipitado de um doador para o sistema circulatório de um receptor (paciente). Para o sucesso do procedimento, é necessário haver compatibilidade entre o doador e receptor.

A transfusão é indicada quando o paciente tem necessidade de um ou mais dos constituintes acima, em casos de anemia ou hemorragia, durante procedimentos cirúrgicos, preventivamente a procedimentos ou exames invasivos com potencial de sangramento.

Fui informado que serão coletadas amostras de sangue para realização de testes pré transfusionais e no surgimento de possíveis reações imediatas/tardias para investigações necessárias.

Recebi esclarecimentos de forma compreensível pela equipe assistencial, incluindo o direito de revogação do consentimento dado, desde que seja feito antes do início da realização do procedimento proposto.

Estou ciente de que se tratando de urgência e/ou emergência, considerando o risco iminente de morte do paciente por falta de transfusão sanguínea e/ou hemoderivados, independentemente da crença religiosa e/ou qualquer declaração do paciente e/ou de seu representante legal em sentido contrário, a BP se reserva ao direito de apoiar as decisões médicas no sentido de que seja procedido a realização de transfusão sanguínea.



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

Data Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Quarto/Leito: \_\_\_\_\_ N.A: \_\_\_\_\_

## RISCOS E EVENTOS ADVERSOS

Estou ciente que, como outras intervenções médicas, a transfusão de sangue e hemocomponentes não é procedimento isento de risco e que podem ocorrer reações imprevisíveis durante ou imediatamente após a transfusão.

Os hemocomponentes são preparados e testados de acordo com normas rígidas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), porém ainda assim existe uma pequena chance de haver uma reação adversa durante ou após à transfusão. Essas reações normalmente são leves e facilmente tratadas, mas, em raríssimas ocasiões, podem ser fatais.

As manifestações mais comuns são: febre, calafrios, náuseas, reações alérgicas e raramente urina escura, alterações pulmonares ou cardíacas e ainda falta de ar e dificuldade para respirar. Todos os cuidados disponíveis serão tomados para evitar estas reações, entretanto, caso ocorram, serão avaliados pela equipe multidisciplinar. Fui orientado a procurar serviço de emergência caso apresente alguma manifestação acima descrita ou outras não habituais caso ocorram após a minha alta.

Tenho ciência de que apesar da seleção dos doadores e dos testes sorológicos com resultados não reagentes (negativos), os hemocomponentes apresentam altíssima sensibilidade e segurança e podem raramente, transmitir doenças infecciosas, tais como Hepatites B e C, HIV, HTLV, Doenças de Chagas e Sífilis. Estou ciente que existe um risco residual mínimo de transmissão de algum patógeno pela transfusão, devido à janela imunológica. Esta "janela imunológica" é o período em que a pessoa (doador) contraiu alguma infecção, mas os exames ainda não são reagentes para permitir a detecção.

Realizamos as entrevistas com os doadores no momento da doação, através da busca ativa de sinais e sintomas específicos da dengue. Esse aprimoramento visa identificar indivíduos com sintomas leves da doença, permitindo a adoção de medidas específicas para prevenir a transmissão da doença por transfusão.

Até o momento, não existem diretrizes ou recomendações técnicas do Ministério da Saúde, da ANVISA, da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia ou de outros órgãos competentes quanto a triagem laboratorial para dengue em doadores de sangue, da mesma forma que não há definição sobre o tipo de teste que deva ser realizado e nem a disponibilidade de laboratórios clínicos capazes de realizar essa testagem em grande escala, não afastando, portanto, o risco de transmissão dessa doença.

Na ocorrência de uma reação, autorizo a equipe médica a adotar as medidas terapêuticas indicadas para tentar sanar o problema.

## PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Estou ciente sobre o tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis a ser realizado pela Beneficência Portuguesa de São Paulo, em atenção ao artigo 14 da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018), para prestação dos serviços de saúde e demais finalidades descritas neste Termo, incluindo as demais disposições previstas na Política de Privacidade disponível no site [www.bp.org.br](http://www.bp.org.br).





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

Data Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Quarto/Leito: \_\_\_\_\_ N.A.: \_\_\_\_\_

### PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO MÉDICO

Eu, Dr(a). \_\_\_\_\_, CRM nº \_\_\_\_\_, declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido do **PACIENTE** ou seu representante legal acima assinado.

Declaro, ainda, que expliquei todo o Procedimento ao qual o **PACIENTE** estará sujeito, ao próprio ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por ele(s). De acordo com o meu entendimento, o doador ou seu representante legal, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

\_\_\_\_\_  
Assinatura, CRM e carimbo do Médico Responsável

### PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO MÉDICO

#### SOLICITAÇÃO PARA EXTREMA URGÊNCIA CIRCUNSTÂNCIAS DE EMERGÊNCIA/RISCO DE MORTE

Devido à condição de urgência e/ou emergência e/ou risco de morte, não foi possível fornecer ao paciente as informações necessárias para a obtenção deste consentimento informado.

Por este motivo, na tentativa de afastar os riscos à saúde e a preservação da vida, solicitei a transfusão de sangue e/ou hemocomponentes, nos termos do artigo 22 da Resolução CFM nº 2.217/2018, para melhorar ou reverter a situação clínica do paciente, com base em minha avaliação técnica, independentemente dos princípios e da convicção religiosa do paciente.

**Estou ciente que os hemocomponentes serão liberados pelo banco de sangue sem o término ou a realização das provas de compatibilidade e assumo as responsabilidades e consequências dos riscos do ato transfusional.**

\_\_\_\_\_  
Assinatura, CRM e carimbo do Médico Responsável