

## HEMOTRANSFUÇÃO EM CASO DE PAI POSITIVA E PC INCOMPATÍVEL

### TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFUÇÃO EM CASO DE PAI POSITIVA E PC INCOMPATÍVEL

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao: ( ) Paciente e ou ( ) Responsável: \_\_\_\_\_, quanto aos principais aspectos relacionados a **HEMOTRANSFUÇÃO EM CASO DE PAI POSITIVA E PC INCOMPATÍVEL** e ou a realização de Procedimentos ao(s) qual(is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de Colaboradores do Complexo de Saúde São João de Deus, Profissionais especializados e Empresas prestadores de serviços parceiras do CSSJD.

### PROCEDIMENTO, COMPLICAÇÕES E RISCOS

1) **Procedimento:** são realizados exames para assegurar a compatibilidade entre o sangue do doador e o do receptor. O sangue deve, então, ser administrado por meio de uma cânula do calibre apropriado, por via intravenosa. O volume a ser transfundido e o tipo de transfusão a ser feita devem ser determinados pelo médico.

2) **Complicações e Riscos:** reação hemolítica aguda (RHA), reação febril não-hemolítica (RFNH), reação alérgica leve, reação alérgica moderada, reação alérgica grave (anafilática), contaminação bacteriana, sobrecarga volêmica, TRALI (Edema pulmonar agudo não cardiogênico), reação hemolítica não imune, dor aguda relacionada à transfusão, hipotermia, complicações metabólicas. Complicações tardias: reação sorológica tardia/ aloimunização contra antígenos eritrocitários, refratariedade plaquetária, sobrecarga de ferro, doença do enxerto contra o hospedeiro pós transfusional, púrpura pós transfusional, soroconversão HIV, HBV, HCV, Chagas, HTLV e morte.

### DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ ( ) Paciente ( ) Responsável grau de parentesco: \_\_\_\_\_, autorizo a realização da **HEMOTRANSFUÇÃO EM CASO DE PAI POSITIVA E PC INCOMPATÍVEL** e ou Procedimentos prescritos.

Declaro que recebi do (a) Dr. (a) \_\_\_\_\_, CRM: \_\_\_\_\_ todas as informações pertinentes ao procedimento e suas complicações de forma oral, em linguagem clara e simples, e que compreendo o alcance, os riscos, complicações e alternativas de tratamento, sendo assim, decidimos conjuntamente, meu médico e eu, que a **HEMOTRANSFUÇÃO EM CASO DE PAI POSITIVA E PC INCOMPATÍVEL** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico. Caso o médico tome conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e/ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar novas condições.

Declaro ciência de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis desta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos.

Comprometo-me a colaborar com o tratamento, fazendo o controle pós-operatório e seguindo todas as recomendações médicas que me foram feitas, ciente de que o não cumprimento destas determinações poderá acarretar em prejuízos nos resultados.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Divinópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura

### TESTEMUNHAS

1ª Testemunha

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

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

CPF: \_\_\_\_\_

2ª Testemunha

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

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

CPF: \_\_\_\_\_

### DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro que estou ciente dos resultados dos testes imunohematológicos do (a) paciente acima e dos riscos envolvidos que já foram devidamente esclarecidos para o(a) paciente ou seu responsável legal. Declaro ainda ter explicado todo o procedimento de **HEMOTRANSFUÇÃO EM CASO DE PAI POSITIVA E PC INCOMPATÍVEL** ao paciente/responsável acima identificado, expliquei ainda sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo(s) mesmo(s). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhe(s) foi informado.

## HEMOTRANSFUÇÃO EM CASO DE PAI POSITIVA E PC INCOMPATÍVEL

### JUSTIFICATIVA CLÍNICA PARA A TRANSFUÇÃO EM CASO DE DE PAI POSITIVA E PC INCOMPATÍVEL

---

---

---

---

---

---

---

---

( ) Não foi possível aguardar autorização do paciente ou responsável devido à extrema gravidade do quadro clínico apresentado.

( ) Paciente/representante legal se nega a receber a hemotransfução.

Divinópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

completo: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Médico

Divinópolis \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

completo: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Hemoterape  
uta

### OUTRAS ANOTAÇÕES