

**TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO
PARA TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES**

Eu, _____, paciente ou responsável legal pelo paciente menor de idade ou incapaz

estou ciente da necessidade da realização da transfusão de sangue (hemácias, plaquetas, plasma fresco congelado, crioprecipitado) indicada pelo(a) médico (a) assistente da unidade.

Fui informado de que a Fundação Hemominas cumpre as Normas Técnicas do Ministério da Saúde, Portaria MS nº 2712, de 12.11.2013. Dessa forma estou ciente que, apesar da seleção dos doadores e dos testes laboratoriais previstos em lei, como, hepatite B e C, HIV, Chagas, Sífilis, HTLV e moleculares para HIV e Hepatite C, existe um risco, muito pequeno, de adquirir alguma dessas doenças infecciosas após a transfusão de sangue e/ou hemocomponente.

Estou ciente de que as transfusões podem causar reações imprevisíveis durante ou imediatamente após sua realização, tais como febre, calafrio, reações alérgicas, náuseas, hematúria e, mais raramente, problemas pulmonares ou cardíacos. Fui informado que todos os cuidados disponíveis na instituição foram tomados para se evitar ao máximo estas reações. As reações mais frequentes são sintomas leves e facilmente controlados na maioria das vezes e, raramente, podem levar a risco de morte. Nessa ocasião, serei avaliado e acompanhado pelo médico plantonista.

Fui orientado quanto à possibilidade de infecção grave e a procurar o serviço de emergência caso apresente febre, mal estar geral, ou outra manifestação clínica não habitual, após ser liberado pela Hemominas.

Declaro que tive a oportunidade de fazer perguntas relativas à transfusão de hemocomponentes e que me foram fornecidas orientações sobre os cuidados que terei que observar após a transfusão.

ACEITO receber transfusões de sangue e/ou seus componentes

NÃO ACEITO receber transfusões de sangue e/ou seus componentes e declaro estar ciente dos riscos decorrentes desta decisão.

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

Assinatura e Carimbo do Médico

_____, ____/____/____
Local Data

Circunstância de Emergência: Consentimento Informado não obtido

Devido ao estado clínico do paciente, ou a emergência/risco de vida, não foi possível fornecer ao paciente as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Eu solicitei transfusão de hemocomponentes em quantidade suficiente para melhorar sua condição clínica.

Nome do Médico solicitante: _____
CRM: _____ Data: _____