

Nome: _____

Idade: _____ anos _____ meses

IH: _____ Leito: _____

Termo de Consentimento Informado Transfusões de Sangue

As transfusões de sangue e seus componentes são realizadas pelo Banco de Sangue de São Paulo e Serviços de Hemoterapia S/C Ltda, sempre por solicitação do médico do paciente ou outro de sua equipe. Em relação a essas transfusões **declaro estar ciente e de acordo com o seguinte:**

1. Poderá ser necessária a transfusão de sangue e hemocomponentes durante meu tratamento e seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram devidamente explicados;

2. Este hospital realiza transfusões originadas **somente de doadores voluntários**, razão pela qual **será solicitada a cooperação**, por parte de meus familiares e amigos, **no sentido de realizarem doações de sangue** para repor as unidades de sangue e hemocomponentes que eu venha a receber, ou mesmo para manutenção do estoque do hospital em níveis adequados para o bom atendimento dos pacientes;

3. O **controle de qualidade** feito nos processos de coleta e processamento do sangue é extremamente rígido, principalmente na seleção e triagem dos candidatos à doação e na realização de testes laboratoriais no sangue doado, **objetivando o máximo de segurança possível nas transfusões;**

4. **Todo o sangue transfundido** neste hospital **apresenta resultado negativo** para hepatite "B", hepatite "C", doença de Chagas, Sífilis, Aids e HTLV I/II, conforme recomendações do ministério da saúde do Brasil e de entidades internacionais de transfusão de sangue;

5. Estou ciente de que realizarei exames sorológicos prévios para doenças infecto-contagiosas no meu sangue e fui informado que foi feito o mesmo no sangue do doador;

6. Assim como em qualquer ato médico, mesmo com a realização de todos os testes acima citados, com a aplicação de todo o rigor técnico e dos métodos mais modernos que a medicina permite **é possível, excepcionalmente, a ocorrência de reações e efeitos colaterais, inclusive a transmissão de doenças infecto-contagiosas;**

7. Este hospital não comercializa o sangue em hipótese alguma, sendo debitado na conta hospitalar dos pacientes apenas os custos de pessoal, equipamentos e materiais utilizados nos processos de recrutamento, triagem clínica e laboratorial, coleta, processamento, armazenamento e exames laboratoriais imunohematológicos e sorológicos realizados no sangue doado e no sangue do receptor, independente do número de doadores enviados;

8. **Os custos decorrentes** dos serviços prestados pelo Banco de Sangue de São Paulo e Serviços de Hemoterapia S/C Ltda, inclusive pesquisas dos **vírus "HIV" e "HCV" (vírus hepatite c) por técnica de amplificação de DNA (teste NAT)**, são de minha inteira responsabilidade caso não haja cobertura de meu convênio médico para tais procedimentos;

9. A equipe do serviço de hemoterapia está à disposição para o esclarecimento de dúvidas sobre qualquer um dos pontos acima mencionados, durante toda a minha internação;

☐ Eu tive a oportunidade de fazer perguntas sobre a transfusão, estou satisfeito com as explicações oferecidas e concordo com o que me foi esclarecido, assim autorizo a realização da transfusão de hemocomponentes conforme prescrição médica.

☐ Não concordo, me recuso a receber transfusão de sangue e/ou hemocomponentes, assumindo todos os riscos dessa decisão.

São Paulo, ____ / ____ / ____

Nome do paciente: _____

RG: _____ CPF: _____ assinatura: _____

Ou

Nome do responsável: _____

RG: _____ CPF: _____ assinatura: _____

Vide justificativa do não preenchimento do termo na evolução multidisciplinar de data: ____ / ____ / ____