



**TERMO DE CONSENTIMENTO
PARA TRANSFUÇÃO DE
SANGUE E HEMOCOMPONENTES**

Preencher Quando não houver etiqueta

Paciente: _____

Passagem: _____ Leito: _____

Prontuário: _____

Consentimento informado - Norma Técnica Resolução SS-169 de 19/06/96)

1. DEVE SER PREENCHIDO PELO PROFISSIONAL QUE ORIENTOU O PACIENTE

Em complementação às orientações fornecidas pelo médico solicitante ao prescrever a transfusão de sangue, entreguei o manual de "Informações sobre Transfusão de Sangue e Hemocomponentes" ao próprio paciente e/ou seu responsável e respondi às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado e o tratamento proposto.

Nome: _____ Assinatura _____ N° Conselho _____

Data ____/____/____ Hora: ____:____

2. DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL

1. A proposta de transfusão de sangue/hemocomponentes a que serei submetido (a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas pelo médico solicitante. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
2. Confirmando que recebi as explicações e o manual "Informações sobre Transfusão de Sangue e Hemocomponentes", e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente.

Desta forma eu:

- 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.
- Paciente Responsável

Nome legível: _____ Assinatura: _____

Grau de Parentesco: _____ Identidade N.º _____

São Paulo ____/____/____ Hora: ____:____

Este consentimento é válido para o período de internação e se aplica aos pacientes clínicos e cirúrgicos com prescrição médica ou reserva de sangue/hemocomponentes para cirurgia. Nos atendimentos ambulatoriais é válido por 6 meses.

