

 <p>Código CHAS-TCLE. HE.001 Versão:2º – 20/01/2016</p>	<p align="center">TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO</p> <p align="center">TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES E/OU HEMODERIVADOS</p>	<p align="center">COLAR ETIQUETA</p>
--	---	---

Por este instrumento particular o(a) paciente (ACIMA CITADO) ou seu responsável (ABAIXO CITADO), declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente (ABAIXO CITADO), para proceder “ **TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES E /OU HEMODERIVADOS**” necessárias ao tratamento do seu estado de saúde.

Declara, outrossim, que o referido(a) médico(a), atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (ABAIXO TRANSCRITOS) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

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 informado de que o fornecimento de hemocomponentes é realizada pelo Instituto Hematológico do Nordeste - IHENE, que 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.

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente). Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e que teve a oportunidade de fazer perguntas relativas à transfusão de hemocomponentes e/ou hemoderivados e que me foram fornecidas orientações sobre os cuidados que terei que observar após a transfusão. Assim, tendo lido,entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

ACEITO receber transfusões de sangue e/ou seus componentes/hemoderivados.

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

<input type="checkbox"/> Paciente: Assinatura	<p align="center">Recife (Pernambuco)</p> <p align="center">_____/_____/_____ Hora: ____:____</p>
<input type="checkbox"/> Aplicável se responsável Nome: _____ Doc. Identidade nº: _____ Grau de Parentesco: _____ Assinatura	Testemunhas: 1) Nome: _____ CPF nº: _____ Assinatura: _____ 2) Nome: _____ CPF nº: _____ Assinatura: _____

PREENCHIDO PELO MÉDICO:
 Expliquei todo o procedimento/ tratamento ao paciente acima identificado e/ou responsável, sobre os benefícios, riscos, alternativas, referentes a sua recusa, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Nome do médico(a): _____

CRM: _____

Assinatura e Carimbo

Código de Ética Médica – Art. 59º - É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal. Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.