

• Nome (paciente): _____
• CPF: _____
• Data Nascimento: ____/____/____
• Convênio: _____
• Plano: _____
• Médico: _____
• CRM: _____

**TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA RECEPTOR DE SANGUE
E/OU HEMOTERÁPICO**

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 com a Transfusão de Hemocomponente(s) e/ou Procedimento Hemoterápico ao(s) qual(is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Paulistano.

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo paciente e/ou responsável.

Eu, _____, inscrito no CPF sob o nº _____ ()paciente/ ()responsável (grau de parentesco: _____), autorizo a realização de Transfusão(ões) de Hemocomponente(s) ou Procedimentos Hemoterápicos prescritos.

- 1) A proposta da transfusão de sangue/ hemocomponentes e/ou procedimentos hemoterápicos a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações ponteciais e alternativas me foram explicadas claramente pelo médico solicitante.
- 2) Estou ciente de que o banco de sangue adota todos os procedimentos de qualidade do(s) hemocomponente(s) disponibilizado(s), de acordo com as normas legais, assim como dos riscos inerentes à transfusão, do tempo necessário para a instalação do(s) hemocomponentes.
- 3) Realizei exames prévios no meu sangue e fui informado que foi feito o mesmo no sangue do doador.
- 4) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento, autorizo a realização da transfusão de hemocomponentes e/ou procedimento hemoterápico conforme prescrição médica.

São Paulo, _____ de _____ de 20____.

Assinatura: _____

Testemunhas:

1) Assinatura: _____ 2) Assinatura: _____

Nome: _____ Nome: _____

CPF nº: _____ CPF nº: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

Expliquei o processo transfusional ao paciente e/ou responsável acima identificado, expliquei ainda sobre os benefícios, riscos, alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável, esta em condições de compreender o que lhe foi informado.

São Paulo, _____ de _____ de 20____. Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura: _____ CRM/____: _____