

## **TERMO DE CONSENTIMENTO SANGRIA TERAPÊUTICA**

Eu, abaixo assinado, autorizo a Equipe do Hospital Santo Antônio da Patrulha, a executar o procedimento designado "SANGRIA TERAPÊUTICA" e todos os procedimentos que o incluem. O médico assistente explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos do procedimento e me foi dada oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente.

Sei que este procedimento não é isento de riscos, já que, além daquelas complicações possíveis durante a sua realização, existem outras que podem ocorrer num período imediato ou tardio.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

- Contusão no local da inserção da agulha.
- Braço dolorido.
- Hematoma no local de inserção da agulha.
- Alterações sensoriais no braço utilizado para sangria: dor em queimação, formigamento.

Fadiga.

- Reações vaso-vagais: tonturas, desmaios.
- Náuseas e vômitos.

Estou ciente de que a lista anterior pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer neste procedimento, mas é a lista de riscos mais comuns.

Estou ciente de que o tratamento não se limita ao procedimento previsto, sendo que deverei retornar ao hospital, se isso for indicado, nos dias determinados pelo médico, bem como informá-lo imediatamente sobre possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir.

Certifico que este formulário me foi explicado, que o li ou que o mesmo foi lido para mim, e que entendi o seu conteúdo.

Nome do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura do médico: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_