|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Setor: AGÊNCIA TRANSFUSIONAL** |  |
| **TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES** | |  |
| A transfusão de Hemocomponentes tem o objetivo de repor um ou mais dos seguintes constituintes do sangue: Glóbulos vermelhos, plaquetas e plasma.  Os Hemocomponentes são preparados e testado de acordo com as normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com a avaliação do doador, utilização de testes de alta sensibilidade para triagem de doenças transmitidas pela transfusão (doença de Chagas, Sífilis, Hepatite B, Hepatite C, HIV, HTLV) e teste de compatibilidade entre o sangue do doador e do receptor. Sabe-se que a transfusão pode acarretar alguns riscos, principalmente reações, tais como febre, calafrios, tremores e reações alérgicas. Essas reações comumente são de leve intensidade e de fácil manejo, podendo ser tratada quando ocorrida.  Além disso, ainda existe uma mínima possibilidade de transmissão das infecções acima citadas.  A ser preenchido pelo paciente ou responsável:  Através desse documento declaro, estar ciente da necessidade de transfusão de hemocomponentes e de seu benefício na minha situação clínica atual, assim como os riscos acarretados com o procedimento. Portanto,  ( ) **ACEITO** receber transfusão de hemocomponentes, conforme indicação médica, durante todo o período de internação atual, ou até completar o curso desta doença. Poderei revogar este consentimento a qualquer momento, antes que o procedimento se realize através da assinatura de um novo Termo de Consentimento Informado.  ( ) **NÃO ACEITO** receber transfusão de hemocomponentes, e estou ciente dos possíveis riscos inerentes à minha decisão. Poderei revogar o não-consentimento a qualquer momento, durante meu tratamento, através de assinatura de um novo Termo de Consentimento Informado.  Nome legível do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Grau de parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_ | |  |