



**CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TRANSFUSÃO DE
SANGUE E COMPONENTES**

HUM-STR-FOR-001a

Eu, _____, declaro que o médico do Hospital Universitário Regional de Maringá (HUM) me explicou os riscos e indicação da transfusão de sangue e seus componentes, solucionando minhas dúvidas nesta oportunidade e esclarecendo que:

1. O Hemocentro Regional de Maringá/HUM realiza transfusões apenas a partir de doadores voluntários, razão pela qual poderei receber solicitação de doações de reposição, a título de colaboração, assim como posso contribuir para conscientização da população sobre a importância da doação.
2. Em nenhum momento meu tratamento estará vinculado à apresentação de doadores de sangue e o único critério para definir a liberação de unidades de hemocomponentes para a transfusão é a disponibilidade junto ao estoque de sangue do Hemocentro
3. O controle de qualidade durante o processo de coleta e processamento do sangue está de acordo com as normas sanitárias brasileiras, para maior segurança nas transfusões.
4. Todo o sangue transfundido a partir do Hemocentro/HUM é testado e com resultado negativo para as seguintes doenças: Hepatite B, Hepatite C, Doença de Chagas, Sífilis, Síndrome da Imunodeficiência adquirida (AIDS), e HTLV I/II (vírus relacionado à transmissão de leucemia de células T do adulto e à Paraparesia Espástica Tropical), seguindo os preceitos da legislação sanitária vigente no país. Apesar da seleção criteriosa dos doadores e dos testes laboratoriais previstos em lei, persiste um risco, ainda que pequeno, de adquirir alguma dessas doenças infecciosas após a transfusão devido à “janela imunológica” (período em que o doador contraiu alguma infecção, mas os exames ainda não são capazes de detectá-la).
5. Como o sangue e seus componentes são materiais biológicos, é possível a ocorrência de reações imediatas ou tardias, como: alergia, febre, calafrio, náuseas, hematúria e, mais raramente, problemas pulmonares ou cardíacos.
6. Todos os cuidados disponíveis no HUM são tomados para se evitar ao máximo estas reações e na eventualidade da sua ocorrência, serei avaliado e acompanhado pelo médico e sua equipe.
7. Após receber a transfusão e ser liberado, caso eu apresente febre, mal estar geral ou outra manifestação clínica não habitual, devo procurar um serviço de emergência para atendimento imediato e, quando possível, comunicar esta intercorrência à unidade onde fui transfundido.

[] AUTORIZO [] NÃO AUTORIZO – a transfusão de sangue ou componentes se forem necessários e indicados pelo médico.

Justificativa de recusa: _____

Assinatura do paciente/responsável legal
CPF: _____

Carimbo e assinatura do médico
responsável pela execução procedimento

Data: ____ / ____ / ____

