|  |  |
| --- | --- |
| TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – HEMOTERAPIA  Transfusão de Hemocomponentes  Eu, abaixo assinado, autorizo a Equipe Transfusional do Hospital de Clínicas de Porto Alegre a executar o procedimento designado “TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES” e todos os procedimentos complementares incluídos nesse processo. A equipe explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos do procedimento e foi dada oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente.  Sei que este procedimento médico 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:   1. Febre. 2. Alergia. 3. Anafilaxia. 4. Hemólise: destruição dos glóbulos vermelhos transfundidos. 5. Sobrecarga circulatória: mais comum em pacientes com problemas cardíacos ou pulmonares. 6. Embolia gasosa. 7. Hipotermia: diminuição da temperatura corpórea. 8. Hipocalcemia: baixa do nível de cálcio no sangue. 9. Contaminação bacteriana. 10. Outros riscos (especificar quando pertinente):   Estou ciente de que a lista anterior pode não contemplar todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer neste procedimento, mas inclui os mais comuns. Fui também informado(a) que, mesmo com a utilização de testes de detecção de alta qualidade, existe uma probabilidade residual de transmissão de doenças infecciosas através da transfusão (mesmo após a adequada testagem do sangue). Esta probabilidade de transmissão é um risco inerente à própria transfusão. Estou ciente ainda que o tratamento não se limita ao procedimento previsto, sendo que deverei retornar ao hospital, se isso for indicado, nos dias determinados pela equipe médica, bem como informá-la 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.  Data      /     /  Nome (em letra de forma) do paciente ou responsável:  Assinatura do paciente ou responsável:  Grau de parentesco do responsável:  Carimbo e assinatura do médico que aplicou o termo:  Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.  O médico deverá registrar a obtenção deste consentimento no Prontuário do Paciente, no item evolução. | |
| POA 11 PB  **TERMO DE CONSENTIMENTO  LIVRE E ESCLARECIDO Serviço de Hemoterapia**  **TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES** | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED-307FE – gráfica hcpa – mar 2022**