

---

## TERMO DE CIÊNCIA LIVRE E ESCLARECIDO PARA TRANSFUÇÃO DE SANGUE E PROCEDIMENTO HEMOTERÁPICO

---

O presente Termo de Ciência Livre e Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao:

**PACIENTE:**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Identidade No.: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

**Responsável e/ou Representante Legal:**

Nome: \_\_\_\_\_  
Identidade No.: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

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 prestadores de serviços do Hospital Barra D'Or.

---

### O 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/hemoderivados e/ou procedimento hemoterápico a que serei submetido (a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente pelo médico solicitante.
2. Estou ciente que o banco de sangue adota todos os procedimentos de qualidade e segurança nos hemocomponentes disponibilizados, de acordo com as normas legais da ANVISA, assim como os riscos inerentes à transfusão.
3. Realizei exames prévios no meu sangue e fui informado que foram feitos exames para doenças transmissíveis no sangue do doador.
4. Confirmando que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido .

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

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

---

**MÉDICO RESPONSÁVEL PELO SETOR DE HEMOTERAPIA: DR. ALDO CERQUEIRA – CRM: 52.06603-9**

**ENFERMEIRO/TÉC. ENF. RESPONSÁVEL :** \_\_\_\_\_ **COREN:** \_\_\_\_\_

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

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

---

### EM CASO DE EMERGÊNCIA/RISCO DE MORTE: CONSENTIMENTO INFORMADO NÃO OBTIDO

( ) Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.

**MÉDICO SOLICITANTE:** \_\_\_\_\_ **CRM:** \_\_\_\_\_

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

---