

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	Preencher quando não houver etiqueta	
		Paciente:	
	TRANSFUSÃO DE SANGUE EM ADULTOS E ADOLESCENTES	Data de Nascimento:	
	Prontuário:		

Descrição do Procedimento / Objetivos / Riscos e Benefícios

O QUE É UMA TRANSFUSÃO DE SANGUE OU HEMOCOMPONENTES? Transfusão consiste no ato médico de infundir sangue de um indivíduo, chamado doador, na circulação de outro, chamado receptor. Dependendo da indicação, podemos transfundir somente o concentrado de hemácias (parte vermelha do sangue), ou hemocomponentes (outros componentes que existem no sangue, como plasma, plaquetas, fibrinogênio, etc).

POR QUE O MÉDICO INDICA UMA TRANSFUSÃO? Um dos motivos mais comuns para transfusão são as anemias agudas, causadas por exemplo por sangramentos, que podem ocorrer durante e após cirurgias. Podem ocorrer também espontaneamente, por falhas no sistema de coagulação sanguíneo. A anemia também pode ser atribuída a destruição de hemácias (hemólise) como nas infecções e doenças auto-imunes ou por falta de ferro.

QUAL A VANTAGEM DE SE RECEBER UMA TRANSFUSÃO? Como descrito anteriormente, poderemos controlar a anemia aguda e aumentar a hemoglobina, que é um transportador, que levará oxigênio para o paciente. Nos casos de sangramento, a vantagem adicional seria o controle da instabilidade hemodinâmica causada pelos sangramentos.

QUAIS OS RISCOS E DESCONFORTOS DE UMA TRANSFUSÃO? O procedimento não é doloroso. O sangue é testado previamente para determinar a compatibilidade com o sangue do receptor, de forma que as reações pela transfusão são minimizadas ao máximo. O risco de se contrair uma infecção pela transfusão é muito baixo, pois todo o sangue do doador é testado para as infecções mais comuns de transmissão pelo sangue (Hepatite B e C, Chagas, Sífilis, HIV, HTLV), conforme legislação vigente. Existe ainda um risco de hipervolemia, onde pode haver necessidade de medicações para controlar (como diuréticos). Ainda, o sistema de defesa do receptor pode ficar ativado, gerando dano ao próprio organismo, levando a desconforto respiratório e risco de edema pulmonar (chamamos isto de TRALI). Outras reações imprevisíveis que serão acompanhadas pelo médico são: febre, calafrios, urticária (manchas vermelhas na pele durante a transfusão). O risco de óbito relacionado a transfusão é mínimo.

O QUE POSSO FAZER AJUDAR? Como é difícil manter os estoques de sangue no banco de sangue, aconselhamos os responsáveis a convidar pelo menos três pessoas para fazerem doação de sangue no IHHS (Instituto de Hematologia e Hemoterapia de Sergipe), situado na Rua Guilhermino Resende, 187, no bairro São José.

DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Diante do que me foi exposto, concordo e autorizo a equipe de saúde da CSH a realizar a transfusão de sangue e/ou hemocomponentes, quando indicado.

Fui informado sobre o procedimento que será realizado, tendo sido orientado quanto aos seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis. Pude fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente, em linguagem compreensível, permitindo o adequado entendimento.

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	Preencher quando não houver etiqueta	
		Paciente:	
	TRANSFUSÃO DE SANGUE EM ADULTOS E ADOLESCENTES	Data de Nascimento:	
	Prontuário:		

Compreendo que, conforme esclarecido, apesar da seleção dos doadores e dos testes sorológicos com resultados não reagentes (negativos), produtos do sangue podem, raramente, transmitir doenças infecciosas (tais como: AIDS, Sífilis, Hepatite e Chagas), devido à “janela imunológica”. Esta “janela imunológica” é o período em que a pessoa (doador) contraiu alguma infecção, mas os exames ainda não são reagentes para permitir a detecção.

Diante do exposto, declaro que li e entendi os riscos e benefícios referentes ao procedimento, tendo a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas. Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de explicação, poderei revogar este consentimento e desistir do procedimento proposto, sem qualquer penalização ou prejuízo do meu cuidado.

Nome do Responsável Legal (letra de forma):

Grau de Parentesco: _____ () RG ou () CPF: _____

Assinatura: _____

Aracaju, ____ / ____ /20____

DEVE SER ASSINADO PELO ENFERMEIRO QUE APLICOU O TERMO

Declaro que expliquei de forma clara e objetiva sobre o procedimento ao paciente e/ou seu responsável, assim como os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido a perguntas para esclarecer todas as dúvidas pertinentes. De acordo com meu entendimento, o seu responsável legal está em condições de compreender o tratamento proposto.

Assinatura e carimbo do enfermeiro: _____