

	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>	Preencher quando não houver etiqueta	
	<b>TRANSFUSÃO DE SANGUE EM ADULTOS E ADOLESCENTES</b>	Paciente:	
		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.

	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>	<b>Preencher quando não houver etiqueta</b>	
	<b>TRANSFUSÃO DE SANGUE EM ADULTOS E ADOLESCENTES</b>	Paciente:	
		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:** \_\_\_\_\_