

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	Preencher quando não houver etiqueta	
		Paciente:	
	TRANSFUSÃO EM NEONATOLOGIA	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? O motivo mais comum é anemia. Como os prematuros estão ainda em crescimento fora do útero, às vezes não produzem a quantidade de hemoglobina necessária levando a anemia da prematuridade. Outras causas que consomem as hemácias são as infecções, sangramentos e coletas de sangue. Outro motivo comum para transfusão são os sangramentos, que podem ocorrer por falhas no sistema de coagulação sanguíneo, necessitando indicação de hemocomponentes. Durante internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ou Unidade Intermediária (UI), o recém-nascido pode precisar de uma ou mais transfusões. Quanto mais prematuro, maior a probabilidade. QUAL A VANTAGEM DE SE RECEBER UMA TRANSFUSÃO? Como descrito anteriormente, poderemos controlar a anemia e aumentar a hemoglobina, que é um transportador, que levará oxigênio para o paciente. Nos casos de sangramento, a vantagem principal seria o controle do sangramento. 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. 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 aos responsáveis 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.

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

DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Diante do que me foi exposto, concordo e autorizo os médicos que atenderem o menor identificado neste documento a realizarem, durante toda a internação do mesmo, todos os atos necessários para preservar sua vida, inclusive 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.

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 PEDIATRA

Declaro que expliquei de forma clara e objetiva sobre o procedimento ao responsável pelo paciente, 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 pediatra: _____