TERMO DE CONSENTIMENTO TRANSFUSIONAL

Eu, _____, portador(a) do RG _____ e CPF _____, responsável legal pelo(a) paciente _____, que está em tratamento no Hospital Pequeno Príncipe e necessita de atendimento em centro cirúrgico, declaro que fui informado(a) a respeito do procedimento necessário, bem como de seus benefícios e eventuais complicações/efeitos colaterais.

Em relação ao(s) procedimento(s) a ser(em) realizado(s), por opção pessoal, solicito que sejam efetivados todos os esforços disponíveis e possíveis a fim de evitar a realização de transfusão sanguínea.

Contudo, tenho CIÊNCIA de que, em eventual situação de risco de morte, agravamento ou lesão, a equipe assistencial utilizará todos os esforços e recursos disponíveis ao seu alcance para a preservação da vida e da saúde, incluindo transfusão de hemoderivados, em conformidade com a indicação e a boa prática médica.

Confirmo que:

- me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas;
- recebi explicações verbais sobre as dúvidas que apresentei;
- compreendi as explicações e expressões;
- concordo com os termos deste documento;
- ficaram claros quais os objetivos com a aplicação do procedimento e eventual necessidade de transfusão, bem como seus efeitos adversos e/ou riscos.

Declaro que nada omiti em relação à saúde do paciente acima identificado e que este termo poderá fazer parte da minha ficha clínica, ficando sob guarda do Hospital Pequeno Príncipe, que está autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique qualquer tipo de ofensa, inclusive com encaminhamento ao plano de saúde.

_____

Responsável legal