

ETIQUETA

Por este instrumento particular, o(a) paciente _____ ou seu(sua) responsável, Sr.(a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente nos termos do artigo 39, VI, da Lei nº 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor), que autoriza este Hospital, por meio do(a) médico(a) assistente Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM nº _____, a realizar os tratamentos e demais condutas necessárias ao diagnóstico e ao tratamento de seu quadro clínico, inclusive com o auxílio de outros profissionais de saúde, quando indicado. Declara, ainda, que o(a) referido(a) médico(a), em observância aos artigos 22 e 34 do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018) e ao artigo 9º do Código de Defesa do Consumidor, prestou informações claras, suficientes e acessíveis acerca do diagnóstico, da indicação do tratamento, dos riscos, benefícios, possíveis complicações e alternativas terapêuticas, encontrando-se plenamente esclarecido(a) para manifestar seu livre e informado consentimento.

DEFINIÇÃO

O tratamento designado “**TRANSFUSÃO SANGUÍNEA E DE HEMOCOMPONENTES**” é um procedimento terapêutico que consiste na administração intravenosa de sangue total ou de seus componentes, como concentrado de hemácias, plaquetas, plasma fresco congelado ou crioprecipitado, provenientes de doadores selecionados e submetidos a rigorosos testes de qualidade e segurança. O procedimento tem como finalidade repor componentes do sangue, tratar ou prevenir hemorragias, corrigir anemias, distúrbios da coagulação ou outras condições clínicas, conforme indicação médica.

ESCLARECIMENTOS PRELIMINARES

Os(as) médicos(as) responsáveis informaram, de forma clara, completa e compreensível, que:

- Foram discutidos métodos diagnósticos e terapêuticos alternativos;
- O tratamento proposto foi considerado a conduta mais adequada ao meu caso;
- Foram explicados, em linguagem apropriada, os objetivos, etapas e natureza do tratamento;
- Fui informado(a) e compreendo que está indicada a transfusão de sangue e/ou hemocomponentes (como concentrado de hemácias, plasma, plaquetas, crioprecipitado, entre outros), conforme prescrição médica para tratar a minha condição clínica;
- Recebi explicações claras sobre os benefícios esperados deste procedimento, bem como os riscos potenciais, complicações possíveis e alternativas terapêuticas, incluindo os riscos de não realizar nenhuma intervenção;
- Tive a oportunidade de fazer perguntas, e estas foram respondidas de forma satisfatória, em linguagem que entendi adequadamente.

Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelos(as) profissionais envolvidos(as), e estou satisfeito(a) com as informações recebidas.

CIÊNCIA SOBRE BENEFÍCIOS, RISCOS E DESCONFORTOS

Declaro que li, ou me foi lido, o conteúdo deste termo que descreve detalhadamente riscos, desconfortos e possíveis complicações inerentes ao tratamento.

Compreendi que nenhum tratamento garante cura absoluta e que sua evolução pode variar conforme minha condição clínica.

Como todo tratamento médico, possui riscos à saúde do paciente, sendo que, nesse caso existem riscos e complicações.

Estou ciente de que, apesar de todas as medidas tomadas para seleção de doadores e realização de testes sorológicos, existe um risco residual de transmissão de infecções (por exemplo, HIV,

hepatites, sífilis, doença de Chagas), por causa da chamada “janela imunológica”, período em que a infecção pode ainda não ser detectável nos exames do doador.

Também compreendo que posso apresentar reações imprevisíveis durante ou logo após a transfusão, tais como febre, calafrios, urticária, sobrecarga circulatória, ou outras reações que podem demandar medidas médicas adicionais.

Autorizo, desde já, que sejam realizados procedimentos, exames ou tratamentos adicionais, se necessário, para lidar com eventuais complicações ou emergências, sempre segundo a avaliação técnica da equipe médica responsável.

O tratamento poderá apresentar maiores complicações em razão de patologia ou circunstância que coloque em risco a saúde do paciente, cabendo ao paciente informar esta condição ao(à) profissional médico(a) e ao Hospital no momento da assinatura do presente termo.

ALTERNATIVAS

Fui informado(a) sobre as alternativas possíveis ao procedimento de transfusão, tais como terapias farmacológicas, outras formas de suporte clínico, ou simplesmente aguardar, dependendo do meu quadro. Entendo as consequências de optar por não fazer a transfusão.

SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA / RISCO DE VIDA

Se este termo não pôde ser obtido antes da transfusão por situação de emergência ou risco imediato de morte, declaro que, com base na avaliação técnica da equipe médica, a transfusão é vital e autorizo a administração de hemocomponente(s) na quantidade julgada necessária para estabilização.

DIREITO À INFORMAÇÃO E À REVOGAÇÃO

Fui informado(a) de que:

- Tenho direito de acesso aos documentos médicos e financeiros relativos ao tratamento;
- Posso revogar este consentimento a qualquer momento, antes ou durante o tratamento, sem prejuízo, penalidade ou perda de direitos assistenciais.

INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. De acordo com a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do médico e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

ORIENTAÇÕES MÉDICAS

Caso haja qualquer efeito colateral que persista por mais de 48 (quarenta e oito) horas após o tratamento, o paciente deve procurar o profissional que realizou o tratamento e, na impossibilidade de localizá-lo, recorrer a um sistema de saúde emergencial, levando consigo toda a documentação envolvendo o tratamento médico realizado.

Este documento não contém todas as complicações e riscos conhecidos ou possíveis, mas apenas os mais frequentes, podendo, eventualmente serem relatados outros efeitos colaterais, que deverão ser levados ao conhecimento do médico imediatamente.

DECLARA ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

DECLARA, igualmente, estar ciente de que **o tratamento adotado não assegura a garantia de cura**, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Por fim, **DECLARA** ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido,

entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste tratamento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Ijuí (RS) _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____

RG/CPF: _____

Ass. Médico Assistente

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____