

QUALIDADE		Código do Formulário QLD.FOR.037	
TERMO DE CONSENTIMENTO			
Código: CC.TCLE.047			
Data Revisão Atual: 08/05/2026		Data do Vencimento: 08/05/2028	
Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Transfusão de Hemocomponentes			

Por este instrumento particular, o(a) paciente _____, nascido(a) em ____/____/____, ou seu responsável legal, Sr(a). _____, declara, para todos os fins legais, especialmente nos termos do artigo 39, inciso VI, da Lei nº 8.078/90, que autoriza plena e expressamente o médico assistente, Dr(a). _____, inscrito(a) no CRM-RS sob o nº _____, bem como os demais profissionais envolvidos na assistência ao paciente, a realizar tratamento hemoterápico, incluindo transfusão de concentrado de hemácias, plasma, plaquetas e/ou outros hemocomponentes, sempre que houver indicação clínica e necessidade terapêutica.

Declara que as condutas médicas foram explicadas de forma clara e objetiva, inclusive em relação à terapia transfusional e quanto aos benefícios e/ou riscos do tratamento, também me sendo permitido a realização de perguntas, onde todas as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Declara estar ciente que poderão haver reações transfusionais leves a graves, imediatas ou tardias, como náuseas, dispneia, reações alérgicas, reação febril não-hemolítica, hemolítica aguda, TRALI, hipotensão, sobrecarga volêmica, contaminação bacteriana, doenças infecciosas, entre outros.

Declara também estar ciente que caso ocorra alguma intercorrência grave durante ou após a transfusão de hemocomponentes, e o médico assistente julgar necessário, será imediatamente submetido(a) à devida assistência especializada.

Declara ter sido informado(a) quanto à possibilidade de infecção grave, sendo orientado a procurar o serviço de emergência caso apresente febre, mal estar geral, ou outra manifestação clínica não habitual, após alta ambulatorial ou hospitalar.

Declara estar ciente que mesmo com a realização de todos os exames sorológicos previstos em lei para garantir a segurança transfusional, como, Hepatites B e C, HIV, Chagas, Sífilis, HTLV, está submetido a um risco mínimo de adquirir alguma dessas doenças infecciosas após a transfusão de hemocomponentes.

Declara estar ciente de que os dados pessoais e informações de saúde serão tratados conforme Lei Geral de Proteção de dados (Lei nº 13.709/218), exclusivamente para fins assistenciais, administrativos e legais relacionados ao atendimento.

Possuo o direito de revogar estas autorizações de tratamento a qualquer momento, assumindo a inteira responsabilidade por esta decisão.

Por livre iniciativa autorizo a transfusão de hemocomponentes e também os procedimentos necessários para minimizar os efeitos colaterais e complicações que possam surgir, conforme a melhor conduta médica.

Veranópolis, _____ de _____ de _____.

Paciente / Responsável Legal
CPF: ____/____/____ - ____
Data: ____/____/____

Médico(a)
CRM: _____

Testemunha 1
CPF: ____/____/____ - ____

Testemunha 2
CPF: ____/____/____ - ____