



TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRANSFUÇÃO

Eu, _____
Mat/reg _____, declaro ter sido informado por um (a)
Médico (a) do (a) _____ acerca dos riscos e dos benefícios
inerentes à transfusão de componentes e derivados do sangue. Estou ciente de que as transfusões, apesar de todos os
testes e de todas as precauções, continuam a ter risco para os pacientes.

Estou também ciente de que as transfusões podem causar reações, tais como febre, calafrios, alergias e, raramente,
problemas pulmonares ou cardíacos, mas todos os cuidados disponíveis na instituição foram tomados para se evitar ao
máximo estas reações. Sei também que todos os testes exigidos por lei foram realizados nos doadores de sangue, mas
existe um risco, muito pequeno, de as transfusões transmitirem vírus como o HIV e os vírus da hepatite B e C, ou de
transmitirem bactérias.

O (a) médico (a) do (a) _____ também me explicou da
Necessidade de se realizar testes para AIDS, Hepatite B, Hepatite C, para verificar o estado do meu sangue antes da minha
primeira transfusão neste hospital e depois a cada 6 (seis) meses.
Confirmando que estou de acordo com a realização destes testes.

Foi também informado de que existem algumas alternativas como: medicamentos para evitar a transfusão, mas
compreendo que, no meu caso, estas alternativas não evitam que a transfusão tenha que ser realizada.

Sabendo de tudo isto e, tendo tido oportunidade de fazer todas as perguntas que quis, declaro expressamente concordar
em receber transfusões de sangue, ou de seus componentes e derivados.

Nova Friburgo. ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Paciente ou do representante legal