

患者氏名 :

患者 ID :

## Formulário de consentimento para transfusão de sangue

Se você concordar em receber uma transfusão de sangue, assine abaixo.

Recebi uma explicação completa sobre transfusões de sangue e seus riscos, lendo as “Informações sobre transfusões de sangue”, e entendi o conteúdo. Também confirmei os detalhes descritos abaixo em “tipos e quantidade de transfusões de sangue programadas”. Portanto, concordo em receber uma transfusão de sangue. (Mesmo depois de assinar o consentimento, você poderá revogá-lo a qualquer momento.)

Concordo também que a minha transfusão de sangue possa ser cancelada, com base no parecer de meu médico, e que os detalhes de minha transfusão de sangue podem mudar em relação àqueles descritos abaixo, em “tipos e quantidade de transfusões de sangue programadas”, com base no parecer de meu médico, caso ocorra uma emergência com risco de vida ou se meu médico considerar que seja necessária uma transfusão de sangue durante o meu tratamento.

### ■ Tipos e quantidade de transfusões de sangue programadas

(1) Tipos

Meu próprio sangue  Produtos de glóbulos vermelhos  Produtos de plaquetas

Plasma fresco congelado  Outros ( )

(2) Quantidade: \_\_\_\_\_ (ml)

**Data do acordo:** \_\_\_\_\_ **ano** \_\_\_\_\_ **mês** \_\_\_\_\_ **dia** \_\_\_\_\_

**Nome do paciente:** \_\_\_\_\_ (em letra de forma)

**Assinatura do paciente:** \_\_\_\_\_

**Endereço do paciente:** \_\_\_\_\_

**Nome do representante:** \_\_\_\_\_ (em letra de forma)

**Assinatura do representante:** \_\_\_\_\_ (relação com o paciente: \_\_\_\_\_)

**Endereço do representante:** \_\_\_\_\_

Se você se recusar a receber uma transfusão de sangue, leia a seguinte declaração. Se você a entendeu, assine abaixo.

Recebi uma explicação sobre a necessidade de uma transfusão de sangue; contudo, recuso-me a receber uma transfusão de sangue. Não responsabilizarei o meu médico nem o hospital quanto às consequências da minha decisão.

**Data da assinatura:** \_\_\_\_\_ **ano** \_\_\_\_\_ **mês** \_\_\_\_\_ **dia** \_\_\_\_\_

**Nome do paciente:** \_\_\_\_\_ (em letra de forma)

**Assinatura do paciente:** \_\_\_\_\_

**Endereço do paciente:** \_\_\_\_\_

**Nome do representante:** \_\_\_\_\_ (em letra de forma)

**Assinatura do representante:** \_\_\_\_\_ (relação com o paciente: \_\_\_\_\_)

**Endereço do representante:** \_\_\_\_\_

Fornei a explicação sobre transfusão de sangue à pessoa que assinou acima.

**Data da explicação:** \_\_\_\_\_ **ano** \_\_\_\_\_ **mês** \_\_\_\_\_ **dia** \_\_\_\_\_

**Departamento:** \_\_\_\_\_ **Médico responsável:** \_\_\_\_\_ **Carimbo** \_\_\_\_\_

Confirmo que o paciente (ou o seu representante) acima concordou ou recusou-se a receber uma transfusão de sangue assinando este documento.

**Data da confirmação:** \_\_\_\_\_ **ano** \_\_\_\_\_ **mês** \_\_\_\_\_ **dia** \_\_\_\_\_

**Departamento:** \_\_\_\_\_ **Médico responsável:** \_\_\_\_\_ **Carimbo** \_\_\_\_\_

\*Se o paciente for um menor de idade que não tenha capacidade para concordar, ou não puder concordar e assinar por estar inconsciente ou apresentar outra condição médica, a assinatura na seção “Representante”, acima, deverá ser fornecida por um dos pais, tutor, adulto responsável ou parente.