

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA EVENTUAL
TRANSFUSÃO DE SANGUE

Paciente: _____

CPF: _____

Data de nascimento: ___/___/_____

Procedimento cirúrgico proposto: _____

Médico responsável: DR. GLAUCO JOSÉ PAUKA MELLO – CRM: 5636

1. INFORMAÇÃO AO PACIENTE

Fui devidamente informado(a) pelo médico responsável sobre o procedimento cirúrgico acima descrito, incluindo:

- natureza da cirurgia proposta
- riscos inerentes ao procedimento
- possíveis complicações intraoperatórias ou pós-operatórias
- alternativas terapêuticas existentes

Também fui esclarecido(a) de que, durante o ato cirúrgico ou no período pós-operatório, pode ocorrer perda sanguínea significativa que torne necessária a realização de transfusão de sangue ou de seus componentes (hemácias, plasma, plaquetas ou outros hemoderivados), como medida terapêutica para preservar a minha vida e minha estabilidade clínica.

2. CIÊNCIA SOBRE A TRANSFUSÃO

- Declaro que fui informado(a) de que:
- transfusões sanguíneas são procedimentos médicos reconhecidos e amplamente utilizados;
- o sangue utilizado passa por rigorosos testes laboratoriais e controles sanitários;

- apesar dos cuidados existentes, todo procedimento médico pode apresentar riscos, ainda que raros.

3. AUTORIZAÇÃO

Após receber todas as explicações necessárias e ter tido oportunidade de esclarecer minhas dúvidas, AUTORIZO, caso seja clinicamente necessário, que a equipe médica responsável realize transfusão de sangue e/ou de seus componentes durante o procedimento cirúrgico ou no período pós-operatório imediato.

Declaro ainda que esta autorização é concedida independentemente de convicções religiosas pessoais, priorizando a preservação da minha vida e da minha segurança clínica.

4. CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que:

- compreendi as informações fornecidas;
- tive oportunidade de fazer perguntas e obtive respostas satisfatórias;
- estou assinando este documento de forma livre e espontânea, sem qualquer tipo de coerção.

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____

Paciente ou responsável legal

Nome: _____

Assinatura: _____

Médico responsável

Nome: DR. GLAUCO JOSÉ PAUKA MELLO

CRM: 5636

Assinatura: _____

Testemunha

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Testemunha

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____