



A Beneficência  
Portuguesa  
de São Paulo

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Quarto/leito \_\_\_\_\_ N.A. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário \_\_\_\_ h \_\_\_\_

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para transfusão de sangue e/ou hemocomponentes

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) da  
cédula de identidade (RG) nº \_\_\_\_\_, CPF/MF nº \_\_\_\_\_,

na qualidade de  Cliente  
 Responsável legal do cliente (grau de parentesco) \_\_\_\_\_,

declaro que:

- 1) Fui informado(a) pelo(a) médico(a) da equipe responsável sobre a possibilidade de receber transfusões de sangue ou hemocomponentes durante o meu tratamento.
- 2) Estou ciente de que a transfusão de hemocomponentes (sangue) tem o objetivo de repor um ou mais dos seguintes constituintes do sangue: Concentrado de Hemácias (glóbulos vermelhos), Concentrado de Plaquetas (plaquetas), Plasma Fresco Congelado e Crioprecipitado (fatores da coagulação). A transfusão é indicada quando o paciente tem necessidade dos constituintes acima, manifestada por anemia ou hemorragia; ou durante procedimentos cirúrgicos; ou preventivamente a procedimento ou exames invasivos com potencial de sangramento.
- 3) Estou ciente de que os hemocomponentes são preparados e testados de acordo com normas rígidas estabelecidas pela ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, mas, mesmo assim, ainda existe uma pequena chance de haver uma reação adversa relacionada à transfusão. Essas reações normalmente são leves e facilmente tratadas, mas, em raríssimas ocasiões, podem ser fatais. Na ocorrência de uma reação, autorizo a equipe médica a adotar as medidas terapêuticas indicadas para tentar sanar o problema.
- 4) Estou ciente de que, apesar dos testes sorológicos atuais apresentarem altíssima sensibilidade e segurança, existe um mínimo risco de transmissão de algum microrganismo pela transfusão, que pode não ser reconhecido com uma infecção durante muitos meses ou anos. Mesmo com esses testes de última geração, existe a possibilidade de se transmitir viroses (por exemplo, hepatite).
- 5) Por livre iniciativa, autorizo que a(s) transfusão(ões) seja(m) realizada(s) conforme exposto pelo(a) médico(a) responsável, excluindo-se os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a particularidade de cada evento.
- 6) Recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos e/ou benefícios e alternativas de tratamento, bem como sobre os riscos e/ou benefícios de não realizar as transfusões que porventura possam ser necessárias. Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas à(s) transfusão(ões), após ter sido esclarecido(a) pelo(a) médico(a) responsável, antes da assinatura deste termo.

Nome completo \_\_\_\_\_

Assinatura do cliente/responsável \_\_\_\_\_



---

**Preenchimento médico**

Confirmo que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para as transfusões de sangue e/ou hemocomponentes.

Nome completo \_\_\_\_\_

Assinatura, carimbo e CRM \_\_\_\_\_



---

**Circunstâncias de emergência/risco de vida: consentimento informado não obtido**

Devido à condição médica de emergência/risco de vida, não foi possível fornecer ao(à) paciente as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Eu solicitei transfusão de hemocomponentes em quantidade suficiente para melhorar ou reverter a situação de emergência.

Nome completo \_\_\_\_\_

Assinatura, carimbo e CRM \_\_\_\_\_

