



A Beneficência  
Portuguesa  
de São Paulo

(PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA)

Nome: \_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Quarto/Leito: \_\_\_\_\_ N.A: \_\_\_\_\_

### TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) TRANSFUÇÃO DE SANGUE E/OU HEMOCOMPONENTES

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade RG nº \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF/ME nº \_\_\_\_\_, data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, doravante denominado(a) PACIENTE, por este Termo, pessoalmente, ou, neste ato representado pelo responsável Sr(a). \_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade RG nº \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF/ME nº \_\_\_\_\_, grau de parentesco \_\_\_\_\_, DECLARO para os devidos fins que:

1. Fui informado pelo médico sobre a necessidade de realizar a transfusão de sangue e/ou hemocomponentes ("Procedimento") durante meu tratamento;
2. Fui informado sobre a natureza do Procedimento, seus objetivos, métodos, utilização prevista, potenciais riscos e o incômodo que este possa acarretar;
3. Me foi garantido o sigilo das informações prestadas antes, durante e depois do Procedimento;
4. Tive oportunidade de esclarecer todas e quaisquer dúvidas a respeito do Procedimento, tendo ficado claros os benefícios e riscos envolvidos, conforme detalhados nos itens abaixo;
5. Este termo foi explicado a mim, e que o li, ou que foi lido para mim, tendo entendido seu conteúdo e, por isso:  
 autorizo a realização do Procedimento.  
 não autorizo a realização do Procedimento, pelo seguinte motivo:

\_\_\_\_\_

### **ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE O PROCEDIMENTO**

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.

### **RISCOS E EVENTOS ADVERSOS**

Os riscos e eventos adversos mais comuns envolvendo este procedimento são:

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.

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).



A Beneficência  
Portuguesa  
de São Paulo

(PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA)

Nome: \_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Quarto/Leito: \_\_\_\_\_ N.A: \_\_\_\_\_

### **PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

Declaro que estou de ciente sobre o tratamento dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis para a adequada realização do Procedimento previsto neste Termo, sem prejuízo de posteriormente serem coletados dados pessoais e dados pessoais sensíveis adicionais, tudo conforme a Política de Privacidade disponível no site [www.bp.org.br](http://www.bp.org.br).

### **PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS PACIENTES MENORES DE IDADE (18 ANOS)**

Enquanto responsável legal do(a) paciente menor de idade acima indicado, estou ciente sobre o tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis, a ser realizado pela Beneficência Portuguesa de São Paulo, sempre no melhor interesse do(a) menor, em atenção ao artigo 14 da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018), para prestação dos serviços de saúde e demais finalidades descritas neste Termo, incluindo as demais disposições previstas na Política de Privacidade disponível no site [www.bp.org.br](http://www.bp.org.br).

São Paulo, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do cliente/Responsável

### **PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO MÉDICO**

Eu, Dr(a). \_\_\_\_\_, CRM nº \_\_\_\_\_, declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido do **PACIENTE** ou seu representante legal acima assinado.

Declaro, ainda, que expliquei todo o Procedimento ao qual o **PACIENTE** estará sujeito, ao próprio ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por ele(s). De acordo com o meu entendimento, o doador ou seu representante legal, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

\_\_\_\_\_  
Assinatura, CRM e carimbo do Médico Responsável

### **CIRCUNSTÂNCIAS DE EMERGÊNCIA/RISCO DE VIDA: CONSENTIMENTO INFORMADO NÃO OBTIDO**

Devido à condição médica de emergência e/ou risco de vida, não foi possível fornecer ao **PACIENTE** as informações necessárias para a obtenção deste consentimento informado. Por este motivo, na tentativa de afastar os riscos à saúde e vida do paciente, solicitei a transfusão de sangue e/ou hemocomponentes, nos termos do artigo 22 da Resolução CFM nº 2.217/2018, para melhorar ou reverter a situação clínica do paciente, com base em minha avaliação técnica.

\_\_\_\_\_  
Assinatura, CRM e carimbo do Médico Responsável