

# Termo de Consentimento para Transfusão de Hemocomponentes

Eu, \_\_\_\_\_,  
mat./reg.: \_\_\_\_\_, declaro ter sido informado acerca dos riscos e dos benefícios inerentes a transfusão de componentes sanguíneos. Estou ciente de que as transfusões, apesar de todos os testes e de todas as precauções, continuam a ter alguns riscos 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.

Sabendo de tudo isto, declaro expressamente concordar em receber, caso seja necessário, transfusões de componentes sanguíneos.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente ou Responsável/Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Médico