

	CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PIAUÍ - HEMOPI	TER-AMB-002
	TERMO	REV: 02
	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AFÉRESE TERAPÊUTICA-TCLEAT	PÁG 1/1

O presente termo tem o dever ético de comprovar as informações prestadas ao paciente e/ou responsável, pelo médico (a) assistente, dos principais aspectos relacionados à Aférese terapêutica ao (s) qual (is) será submetido.

Na ausência da etiqueta é obrigatório o preenchimento dos dados abaixo

Paciente: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____/____/____. CPF: _____

RG: _____ Órgão Expedidor: _____

Obs: No caso de o responsável não ser o paciente, preencher também os dados no espaço abaixo:

Nome Completo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____. CPF: _____ RG: _____ Órgão Expedidor: _____

Pelo presente termo, considerando a necessidade da terapia:

() **AUTORIZO a realização da Aférese terapêutica.**

() **NÃO AUTORIZO a realização do procedimento de aféreses.**

Motivo: _____

Concordo em me submeter à _____. Estou ciente de que para a realização deste procedimento será utilizada uma máquina de aférese, que meu sangue será processado por essa máquina de forma estéril utilizando um dispositivo descartável e que parte do meu sangue será retirada e o restante será devolvido.

Estou ciente de que o procedimento dura cerca de uma a três horas. Concordo em receber, a critério médico, infusão de líquido de reposição durante o procedimento, o qual pode ser solução de Albumina Humana ou Plasma Fresco Congelado.

Concordo também com a realização de todos os testes de laboratório solicitados pelo médico ou exigidos pelas leis e normas técnicas vigentes, dentre eles: sorologias para detecção de doenças infecciosas (como: HIV, Hepatite B e C, HTLV, Sífilis e Doença de Chagas). Declaro que recebi informações de forma clara sobre a realização destes testes e da possibilidade de ocorrência de resultado FALSO POSITIVO em qualquer um deles e tive oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas sobre este assunto.

Estou ciente, ainda, de que caso haja resultado diferente do negativo serei notificado (a) pelo (a) médico (a) hemoterapeuta responsável.

Recebi informações, em linguagem compreensível, sobre as características do procedimento e tive a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, bem como negar meu consentimento à realização da aférese.

Tenho consciência de que, embora não seja frequente, o procedimento pode ter complicações e riscos para mim. Estes efeitos adversos podem estar relacionados: a) ao acesso venoso: punção arterial, hematoma, infecção do cateter (se utilizado), trombose venosa, fístula arteriovenosa, hemorragia ou embolia gasosa pelo cateter; b) ao anticoagulante utilizado: hipocalcemia, tremores, sensação de frio, formigamento em volta dos lábios e de extremidades, náuseas ou vômitos, contrações musculares; c) circulatórios: hipotensão ou hipertensão arterial; e d) outros efeitos sistêmicos, como alteração na concentração de medicações em meu sangue, e, mais raramente, infecções sistêmicas ou alergia.

Confirmo que recebi, li e compreendi todas as explicações prestadas, que concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade de expressão sobre os pontos com os quais não concordasse, tendo ciência de que, a qualquer momento, poderei revogar o presente consentimento, desde que antes da data da realização do procedimento proposto.

Data ____/____/____.

Hora: ____: ____

Assinatura do Paciente ou Responsável

PELO MÉDICO:

☐ Atesto que expliquei todo o procedimento de aféreses terapêutica a que o paciente acima referido está sujeito a (o) próprio (a) paciente e/ou seu responsável, informando sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo(s) mesmo(s). Entendo que o paciente e/ou seu responsável compreendeu o que lhe (s) foi informado.

☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado por tratar-se de situação de urgência.

Médico (a) – Assinatura e Carimbo: _____

Termo preparado com fundamento nas legislações:

- Artigo 34 do Código de Ética Médica;

- Portaria nº 158, de 04 de fevereiro de 2016;

- Portaria de Consolidação GM/MS nº5 de 28/09/2017 - DOU 03/10/2017;

- Disposições da Lei 8.078/90 do Código de Defesa do Consumidor.