



SECRETARIA  
DA SAÚDE - SESAPI



<b>CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PIAUÍ - HEMOPI</b>	<b>TCLEAT</b>
<b>SERVIÇO DE AFÉRESE TERAPÊUTICA</b>	<b>REV: 01</b>
<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AFÉRESE TERAPÊUTICA</b>	<b>PÁG 1/1</b>

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 n° 158, de 04 de fevereiro de 2016;

- Portaria de Consolidação GM/MS n°5 de 28/09/2017 - DOU 03/10/2017;

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