

SUTR- CHUC

**CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ADMINISTRAÇÃO DE
HEMODERIVADOS E PROCEDIMENTOS IMPLICITOS**

Estimado(a) Sr(a)

Diagnóstico e ou descrição da situação clínica:

A administração de hemoderivados pode ser necessária em situações clínicas de anemia grave, trombocitopenia grave (níveis de plaquetas baixos), hemorragia ou risco de hemorragia com alterações da coagulação, doenças da autoimunidade ou do sistema imunitário.

Descrição do ato / intervenção, sua natureza e objetivo:

O tipo de hemoderivado é administrado de acordo com a sua situação clínica:

Situação clínica	Hemoderivado
Anemia grave ou sintomática (habitualmente com hemoglobina < 8 g/dL)	Sangue ou Glóbulos vermelhos
Trombocitopenia grave (habitualmente com plaquetas < 50 000 /mcl) Hemorragia ativa Risco acrescido de hemorragia (habitualmente em situações agudas hemorrágicas ou na eventualidade da realização de um procedimento invasivo: biópsia, colonoscopia, broncofibroscopia ou cirurgia)	Plaquetas ou Plasma fresco
Leucopenia com neutropenia (habitualmente com neutrófilos < 500 /mcl)	Leucócitos
Infeções por citomegalovírus, hepatites A e B, sarampo, raiva, vírus sincicial respiratório, rubéola, tétano, varíola e varicela. Doenças auto-imunes como o Lupus Rejeição aguda no transplantado renal	Imunoglobulinas
Hipoalbuminémia Síndrome nefrótico com edema (inchaços) grave ou generalizado Insuficiência cardíaca descompensada (habitualmente com níveis de albumina < 2.0 g/dL)	Albumina

SUTR – CHUC

**CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ADMINISTRAÇÃO DE
HEMODERIVADOS E PROCEDIMENTOS IMPLICITOS**

A administração de hemoderivados é realizada habitualmente através de uma punção de uma veia periférica. A duração da administração poderá demorar entre 30 m a 4 h dependendo do produto hemoderivado.

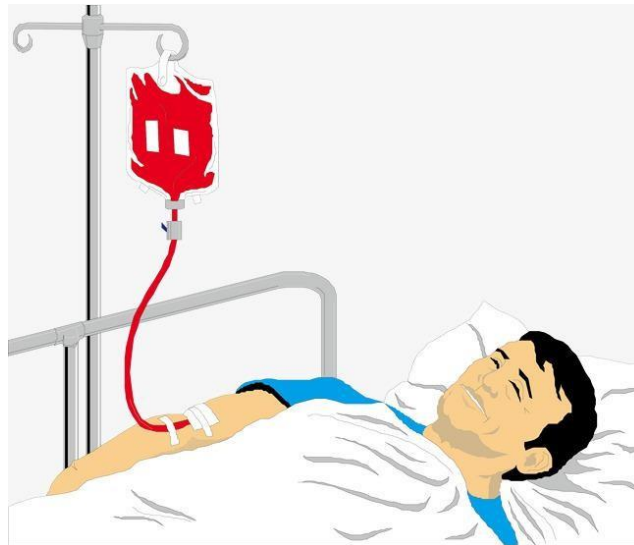


Fig. 1 Esquema representativo do doente a realizar uma transfusão de sangue

Os cateteres venosos centrais, habitualmente colocados na veia do pescoço ou da perna, podem também ser utilizados para a administração de hemoderivados.

Benefícios:

A administração de hemoderivados visa melhorar os seus sintomas (cansaço, hemorragia, edemas) ou tratar a situação clínica em que se encontra. Este tratamento pode ser fundamental para restabelecer o equilíbrio do seu estado clínico através da correção de distúrbios que são habitualmente agudos.

SUTR-CHUC

**CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ADMINISTRAÇÃO DE
HEMODERIVADOS E PROCEDIMENTOS IMPLÍCITOS**

Riscos graves e riscos frequentes:

O risco mais frequente da administração de um hemoderivado é desenvolver uma reação alérgica ao mesmo. Habitualmente estas situações são de pouca gravidade e infrequentes (inferiores a 5%) uma vez que os produtos administrados são sujeitos a testes rigorosos antes da sua utilização. Estas reações alérgicas podem manifestar-se com febre, comichão, eritema localizado ou generalizado

Alternativas fiáveis à administração de hemoderivados:

Não existem alternativas válidas à administração do hemoderivado que é particular para a sua situação clínica.

Riscos de não tratamento:

Quando não é realizada a administração de um hemoderivado o tratamento adequado para a sua condição clínica fica incompleto. A sua não administração pode levar ao atraso da sua recuperação, incapacidade de tratar a mesma e em último caso à deterioração do seu estado clínico de forma muito prejudicial.

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do profissional de saúde: _____ Data: _____

_____ Número da célula profissional _____

Assinatura _____

Unidade de Saúde: _____

Contato institucional do profissional de saúde _____

SUTR-CHUC

**CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ADMINISTRAÇÃO DE
HEMODERIVADOS E PROCEDIMENTOS IMPLÍCITOS**

À pessoa/representante

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme então assine este documento.

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre

o assunto e para todas elas ter obtido a resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistências se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

Autorizo a ato indicado, bem como os procedimentos que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Não autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome _____

Data: _____ Assinatura: _____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima)

Nome _____

Doc. de Identificação N° _____

Data ou validade: _____

Grau de parentesco ou tipo de representação: _____

Assinatura _____