



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
FUNDAÇÃO HEMOCENTRO DE BRASÍLIA  
AGÊNCIA TRANSFUSIONAL  
TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA SANGRIA TERAPÊUTICA

HOSPITAL: \_\_\_\_\_

**Informações Gerais:** A Sangria Terapêutica é o procedimento de retirada de uma quantidade de sangue, com a finalidade de aliviar alguns sinais e sintomas, ou na profilaxia de doenças relacionadas. O objetivo é controlar a hiperviscosidade sangüínea nas eritrocitoses, remover produto metabólico ou depósito, tóxicos ao organismo. Pode-se usar ou não, profilaticamente, solução fisiológica a 0,9 % intravenosa durante ou após o procedimento. O fato de o paciente ser eventualmente portador de doenças infecciosas transmissíveis pelo sangue não contraindica o procedimento, pois o sangue retirado será descartado.

**Riscos:** É um procedimento simples e seguro, mas eventualmente o paciente pode manifestar reações adversas devido à redução transitória de seu volume sangüíneo ou de origem psicológica, que podem ser: palidez, sudorese, náusea, desmaio, e mais raramente contração, espasmos musculares ou convulsões.

**Consentimento:** Eu tive a oportunidade de fazer perguntas relativas ao procedimento de Sangria Terapêutica e com minha assinatura estou dando consentimento para que o Serviço de Hemoterapia do Hospital, a pedido de meu médico, faça o procedimento.

Paciente ou representante legal (nome completo): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco (no caso de representante legal): \_\_\_\_\_

Brasília (DF) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_

Se o paciente não puder assinar este termo de consentimento indique a razão: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MÉDICO (ASSINATURA/CARIMBO/CRM)

REGISTROS DE SANGRIA

Nome do paciente:				Data de nascimento:		Nº SES:
Nº	Data	Hb / Ht	Volume	PA / Pulso	Intercorrências	Responsável pelo procedimento
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						