

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



Fundação Hemocentro de Brasília



Serviço de Hemoterapia

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

TRANSFUSÃO COM PROVA CRUZADA INCOMPATÍVEL

Hospital / Serviço de Hemoterapia: _____

Eu, Dr (a) _____, CRM _____,
declaro que fui informado (a) pelo serviço de Hemoterapia que **NÃO HÁ SANGUE COMPATÍVEL**
para o paciente _____, registro nº
_____, e que, após avaliação clínica foi optado por transfundir sangue
incompatível, por se tratar da seguinte situação: _____

_____.

_____ de _____ de _____

ASSINATURA DO MÉDICO

CRM / CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

***Portaria de Consolidação GM/MS Nº 5, de 28 de setembro de 2017, Título I, Capítulo II, Anexo IV (Art. 1º ao 273), Anexos 1 ao 11 do Anexo IV:**

Art. 178. § 5º Quando os resultados dos testes pré-transfusionais demonstrarem que não há concentrado de hemácias compatível para o receptor, o serviço de hemoterapia comunicará este fato ao médico solicitante e, em conjunto com este, realizará a avaliação clínica do paciente.

§ 6º A decisão de transfundir concentrado de hemácias incompatível será justificada por escrito, em termo assinado pelo hemoterapeuta e/ou pelo médico assistente do paciente e, quando possível, pelo paciente ou seu responsável legal.