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:** _____: _____

_____
MÉDICO (ASSINATURA/CARIMBO/CRM)

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

REGISTROS DE SANGRIA

Nome do paciente:				**Data de nascimento:** Sexo: ☐ M ☐ F		**Nº SES:**
N°	**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						