

	TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA	TAHUE
		Rev. 0

Conforme legislação vigente:

“O médico solicitante deve estar ciente dos riscos das transfusões de urgência ou emergência e será responsável pelas consequências do ato transfusional se esta situação houver sido criada por seu esquecimento, omissão ou pela indicação sem aprovação prévia nos protocolos definidos pelo Comitê Transfusional”.

Eu, Dr(a) _____ CRM nº _____, estou ciente dos riscos e autorizo a transfusão de hemocomponentes Grupo Sanguíneo “O” Negativo, sem os testes de compatibilidade diante do quadro clínico do Paciente: _____, Data de Nascimento: _____ / _____ / _____, Registro: _____, Leito: _____, Enfermaria: _____, Diagnóstico: _____.

Data e Assinatura e carimbo (ou CRM) do médico responsável