

	TERMO DE AUTORIZAÇÃO TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES INCOMPATÍVEIS	TATHI
		Rev. 0

Conforme legislação vigente:

“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”.

Eu, Dr(a) _____ CRM Nº _____, estou ciente dos riscos e autorizo a transfusão de Concentrado de Hemácias Incompatíveis diante do quadro clínico do Paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____, Registro: _____, Leito: _____,

Enfermaria: _____, Diagnóstico: _____

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