TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA RECUSA DE TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES EM PACIENTES TESTEMUNHA DE JEOVÁ

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	Prontuário:
Data de nascimento: / /	Atendimento:
CPF:	RG:
Médico:	CRM:

Eu, _____, preencho este documento para determinar as instruções relativas ao tratamento da minha saúde e nomear um procurador para o caso de eu vir a ficar inconsciente.

Sou Testemunha de Jeová e não aceito **NENHUMA TRANSFUSÃO** de sangue total, glóbulos vermelhos, glóbulos brancos, plaquetas ou plasma, em nenhuma circunstância, mesmo que os profissionais de saúde opinem que isso seja necessário para a manutenção da minha vida. Recuso-me a fazer doações antecipadas e a armazenar meu sangue para posterior infusão.

Com respeito às questões que envolvem o fim da vida (assinalar uma opção):

( ) Não desejo que a minha vida seja prolongada se, conforme certo grau razoável de certeza médica, meu quadro clínico for considerado em fase terminal, em razão de enfermidade grave e incurável.

( ) Desejo que a minha vida seja prolongada tanto quanto possível, nos limites dos padrões médicos geralmente aceitos, mesmo que isso signifique ser mantido(a) vivo(a) por anos com a ajuda de aparelhos.

Não concedo a ninguém (incluindo meu procurador) autoridade para desconsiderar ou anular minhas instruções expressas neste documento. Familiares, parentes ou amigos talvez discordem das minhas decisões, mas qualquer discordância da parte deles não diminui a força ou a substância da minha recusa de sangue ou de outras instruções.

À parte das questões acima abrangidas, nomeio a pessoa indicada neste documento como meu procurador para tomar, em meu nome, decisões sobre tratamento de saúde. Outorgo-lhe plenos poderes para solicitar informações de meus médicos, requerer e receber cópias de meus prontuários médicos, tomar medidas legais para garantir que a minha vontade seja respeitada e representar-me judicial e extrajudicialmente. Se meu primeiro procurador não estiver disponível, estiver incapacitado ou não estiver disposto a servir, nomeio um procurador alternativo, conforme indicado neste documento, para atuar com os mesmos poderes e autoridade.

Assinatura:	
Local:	Data: / /

ESTE ESPAÇO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELAS TESTEMUNHAS

DECLARAÇÃO DAS TESTEMUNHAS: Declaro, para os devidos fins de direito, que o outorgante assinou este documento na minha presença, estando em pleno gozo de suas faculdades mentais e livre de qualquer erro, dolo ou coação. Tenho 18 anos de idade ou mais. Também não sou o procurador nem o procurador alternativo do outorgante, nomeados mediante este documento.

Testemunha 1 – Nome:	RG:
Assinatura:	
Testemunha 2 – Nome:	RG:
Assinatura:	

ESTE ESPAÇO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO PROCURADOR

Nome e qualificações:
Endereço:
Telefone(s):