



Gerenciamento de sangue do paciente (PBM) e medicina sem sangue


Planilha de Planejamento de Cuidados Avançados de Escolha Pessoal

PARTE A: SELECIONE APENAS UM 'NÍVEL' marcando uma caixa e, em seguida, ESCREVA SEU NOME EM LETRA DE IMPRENSA na linha abaixo dela.

Nível 1 e Nível 2: Solicito que sejam feitos esforços para evitar transfusões de sangue usando os Padrões PBM, incluindo o controle da anemia, se indicado.

NÍVEL 1 SEM SANGUE:

EU, _____ instruo que **NENHUMA TRANSFUSÃO** de Sangue Total, Glóbulos Vermelhos, Glóbulos Brancos, Plaquetas ou Plasma (incluindo Plasma Fresco Congelado/PFC) seja dada a mim **EM QUALQUER CIRCUNSTÂNCIA, INCLUINDO EMERGÊNCIAS COM RISCO DE VIDA**, eu me recuso a predoar e armazenar meu sangue para infusões futuras. **Minhas escolhas pessoais também estão indicadas na parte B abaixo**

 *se aplicável, confirme que suas escolhas neste documento correspondem ao seu documento mais recente de **Diretiva de Avanços SEM SANGUE** e forneça uma cópia.

CONSERVAÇÃO DE SANGUE NÍVEL 2:

EU, _____ instruo que **NENHUMA TRANSFUSÃO** de Sangue Total, Glóbulos Vermelhos, Glóbulos Brancos, Plaquetas ou Plasma (incluindo Plasma Fresco Congelado/FFP) seja dada a mim, **EXCETO EM EMERGÊNCIAS COM RISCO DE VIDA**. **Minhas escolhas pessoais também estão indicadas na parte B abaixo**

OU

PARTE B: AMBOS OS Níveis 1 e Nível 2—por favor, indique todas as suas opções em relação a frações/tratamentos/procedimentos/equipamentos abaixo.

	ACEITAR (Iniciais)	RECUSAR (Iniciais)	
FRAÇÕES DE Glóbulos Vermelhos *			HEMOGLOBINA: Ajuda a transportar oxigênio dos pulmões através do corpo.
			HEMINA: Derivado da hemoglobina para tratar doenças genéticas raras.
FRAÇÕES DE CÉLULAS BRANCAS *			INTERFERÕES/INTERLEUCINAS: Proteínas que auxiliam a combater infecções. Também usado em alguns tratamentos de câncer.
FRAÇÕES DE PLASMA*			ALBUMINA: Uma proteína que auxilia a aumentar o volume sanguíneo. <i>Também presente em alguns medicamentos como os que estimulam a eritropoiese e nos Selantes.</i>
			FATORES DE COAGULAÇÃO: Usado para auxiliar a parar o sangramento ativo. <i>Exemplos: Trombina, Fibrinogênio, Concentrado de Complexo de Protrombina (KCENTRA), Antitrombina III, Humate-P, Fatores VII, IX.</i>
			CRIOPRECIPITADO (Crio): Uma concentração de fatores de coagulação e proteínas de coagulação. Pode conter Plasma; O tipo/tipagem é obrigatório se aceito.
			IMUNOGLOBULINAS (Anticorpos): Proteínas que auxiliam o corpo a combater certas infecções após a exposição. <i>Se o RhoGAM for aceito (tratamento de PTI e para determinar incompatibilidade de Rh na gravidez), normalmente é realizado um Tipo/tipagem.</i>
			VEDANTES/COLAS e ADESIVOS DE TECIDO: Várias combinações de frações/proteínas de coagulação usadas para auxiliar a parar o sangramento de superfície durante a cirurgia; às vezes misturado com fatores de coagulação (frações), como trombina e albumina .
TRATAMENTOS, PROCEDIMENTOS, & EQUIPAMENTOS* (usando seu próprio sangue ou frações)			RECUPERAÇÃO DE CÉLULAS: Filtra e devolve seu sangue coletado durante a cirurgia. NÃO preparado com sangue, sangue NÃO armazenado para infusão posterior, circuito contínuo.
			PLASMAFERESE/AFÉRESE: Filtra seu plasma e substitui por solução salina ou albumina**.
			PATENTE SANGUÍNEO EPIDURAL: Seu sangue é injetado ao redor da medula espinhal para selar um vazamento.
			GEL DE PLAQUETAS AUTÓLOGAS (Plasma Rico em Plaquetas - PRP): Seus próprios fatores de coagulação (frações plasmáticas) são usados para auxiliar a melhorar a cicatrização de feridas.
			HEMODILUIÇÃO NORMOVOLÊMICA AGUDA: Seu sangue é removido no início da cirurgia, substituído por fluidos e devolvido por um sistema ininterrupto no final da cirurgia.
			MÁQUINA CORAÇÃO-PULMÃO: Uma bomba de sistema fechado que adiciona oxigênio ao seu sangue.
			MÁQUINA DE HEMODIÁLISE: Filtra e limpa o sangue, semelhante aos rins.
			MARCAÇÃO /ETIQUETAGEM DE CÉLULAS: Mistura seu sangue com um marcador e reinjeta mais tarde para teste.
Outro(s) Tratamento(s) Especificado(s)			Por favor especifique:
			Por favor especifique:

*Para mais detalhes, consulte a 'ESCOLHA PESSOAL: Documento de Frações/Tratamentos/Procedimentos/Equipamentos, e discuta com o seu médico e prestadores de cuidados de saúde.

**Se você NÃO aceitar Albumina (consulte a Seção de Frações de Plasma nesta planilha), confirme seus desejos com o provedor e a equipe de atendimento.

_____ Não dou poderes a ninguém (incluindo minha família, amigos, agente e/ou procurador) para anular minhas instruções aqui fornecidas
(Iniciais)

Assinatura do paciente: _____ Data: _____ Hora: _____
Nome escrito em letra de imprensa
e Assinatura da Testemunha: _____ Data: _____ Hora: _____