

• Nome (paciente): \_\_\_\_\_  
• CPF: \_\_\_\_\_  
• Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
• Convênio: \_\_\_\_\_  
• Plano: \_\_\_\_\_  
• Médico: \_\_\_\_\_  
• CRM: \_\_\_\_\_

**TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA TRANSPLANTE RENAL (DOADOR VIVO)  
– DOADOR –**

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar o ( ) paciente e/ou ( ) responsável: \_\_\_\_\_, quanto aos principais aspectos relacionados ao Transplante Renal (Doador Vivo), ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Paulistano.

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo paciente e/ou responsável.

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ ( ) paciente/ ( ) responsável (grau de parentesco: \_\_\_\_\_).

- 1.) Estou ciente de que esta operação não me trará benefícios diretos;
- 2.) Fui informado claramente quanto aos benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas referentes ao transplante renal ao qual serei submetido voluntariamente como doador e tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente.
- 3.) Declaro que fui submetido a avaliação pré-operatória completa;
- 4.) Compreendo que o rim que estou doando, poderá ser rejeitado, removido e, ainda funcionar por período de tempo limitado, vez que as circunstâncias dependerá da resposta orgânica do receptor;
- 5.) Fui informado que podem ocorrer complicações anestésicas, infecciosas, cardio-vasculares, e cirúrgicas graves;
- 6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do transplante renal.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Testemunhas:**

1) Assinatura: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF nº: \_\_\_\_\_

2) Assinatura: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF nº: \_\_\_\_\_

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento ao paciente acima identificado e/ou responsável, sobre os benefícios, riscos, alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável, esta em condições de compreender o que lhe foi informado.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ CRM/\_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_