

• Nome (paciente): _____
• CPF: _____
• Data Nascimento: ____/____/____
• Convênio: _____
• Plano: _____
• Médico: _____
• CRM: _____

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

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao:

()paciente e/ou ()responsável: _____, quanto aos principais aspectos relacionados ao Transplante Renal (Doador Vivo) Receptor, 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: _____), concordo com a realização de transplante renal como tratamento para insuficiência renal.

- 1.) Estou ciente de que o transplante renal é uma opção ao tratamento dialítico. Tenho conhecimento de que ambos são eficazes e tive a oportunidade de optar livremente pelo transplante renal.
 - 2.) Fui informado quanto aos benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicados claramente, referente ao transplante renal a que serei submetido. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente.
 - 3.) Declaro que fui submetido a avaliação pré-operatória completa;
 - 4.) Fui informado que as complicações anestésicas são ocasionais. Já as complicações cirúrgicas ocorrem em 3% a 5% dos casos, necessitando algumas vezes de nova cirurgia.
 - 5.) Fui informado que as complicações infecciosas são freqüentes e decorrem do uso permanente de imunossupressores. As mais comuns são: pneumonia, infecção urinária e infecção por citomegalovirus;
 - 6) Compreendo que depois do transplante as complicações vasculares ocorrem com mais freqüência do que na população em geral. As principais são: angina, infarto, acidente cerebral isquêmico e hemorrágico e trombozes.
 - 7.) Cerca de 7 em cada 10 transplantes apresentam rejeição, o que não significa perda do rim, já que a maioria delas é revertida através de tratamento. Quando o rim apresentar rejeição sem chance de recuperação, este poderá ser retirado, devendo o paciente retornar ao programa de diálise;
 - 8.) Quase todos os pacientes transplantados necessitam de biopsia renal, que é realizada com anestesia local ou geral, no leito ou no centro cirúrgico, conforme idade do paciente. A realização da biopsia depende de indicação médica e de minha autorização verbal;
 - 9.) Em qualquer momento do tratamento, poderei solicitar transferência para outra instituição ou hospital, sendo que as providências para a transferência são de minha responsabilidade. Nesta situação tenho o direito à cópia integral do prontuário e exames realizados, desde que solicitado expressamente, ficando obrigado a arcar com eventuais ônus;
- 4.) 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: _____

2) Assinatura: _____

Nome: _____

Nome: _____

CPF nº: _____

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/_____: _____