

# Termo de Ciência e Consentimento

## TRANSPLANTE RENAL DOADOR

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NAO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Paciente/Nome Social: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Convênio: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Por este instrumento, eu, \_\_\_\_\_, declaro que:

### DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram que estou apto(a) a doar o rim:

- 1)  Direito
- 2)  Esquerdo

Para o Receptor: \_\_\_\_\_

A Doação renal em vida deverá ser livre de coerção e pressão. A doação renal em vida somente deverá ser realizada após avaliação do nefrologista e realização dos exames que comprovem que a ausência de um dos rins não trará prejuízos orgânicos e psíquicos ao doador, reservando ao doador a possibilidade de desistir do processo de doação a qualquer momento do processo de doação. O potencial doador vivo está ciente de que há a possibilidade de tratamentos alternativos para o candidato a receptor do transplante renal como exemplo hemodiálise, diálise peritoneal ou o tratamento conservador a depender da indicação clínica do paciente.

A cirurgia da doação renal em vida consiste na retirada de um dos rins (direito ou esquerdo) que foi previamente avaliado pela equipe de Nefrologia e Urologia (cirurgiões do Transplante Renal). Esta cirurgia será feita sob anestesia geral em centro cirúrgico, poderá ser feita pela via de incisão aberta na região lateral do abdome ou por videolaparoscopia. A equipe de Urologia retirará o órgão com a(s) artéria(s), a(s) veia(s) e o ureter, para que o órgão possa ser implantado no Receptor acima designado. Dentre as principais complicações podemos citar sangramento e formação de hematoma na loja renal, trombozes de vasos arteriais ou venosos, formação de coleção de linfa, necessidade de colocação de dreno, infecções de ferida cirúrgica com ou sem formações de abscessos; situações que podem

# Termo de Ciência e Consentimento

## TRANSPLANTE RENAL DOADOR

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NAO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Paciente/Nome Social: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Convênio: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

prolongar o tempo cirúrgico ou necessitar de reabordagem cirúrgica. Os pontos cirúrgicos serão retirados de acordo com a orientação da equipe da Urologia.

O doador renal em vida deverá manter o acompanhamento médico com a equipe da Nefrologia e Urologia por tempo indeterminado. As principais complicações a longo prazo será o desenvolvimento de doença renal crônica pelo surgimento de complicações inerentes a qualquer pessoa comum como o processo de envelhecimento, essas complicações são comumente causadas por hipertensão arterial, diabetes ou outras doenças específicas do rim. Pelo risco de surgimento dessas doenças, os doadores precisam estar sempre sob acompanhamento médico. Essas doenças poderão progredir e até haver o risco de realizar diálise e necessitar de transplante renal a longo prazo, complicação rara que atinge menos de 1% dos doadores. Muitas dessas complicações são passíveis de controle clínico e/ou cirúrgico.

O tempo médio estimado de internamento para o Doador Vivo é de 2 a 5 dias, podendo esse período ser menor ou maior.

## O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

Eu recebi as informações necessárias quanto aos benefícios e as probabilidades de êxito deste exame/procedimento;

Compreendi que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independente do tipo da cirurgia, da boa técnica cirúrgica e anestésica e da eficiência dos cuidados médicos;

Estou ciente de que, durante o procedimento, poderão apresentar-se outras situações imprevisíveis ainda não diagnosticadas ou emergências que necessitem mudanças do procedimento proposto;

Estou ciente de que em procedimentos invasivos, como o citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares, respiratórios

# Termo de Ciência e Consentimento

## TRANSPLANTE RENAL DOADOR

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NAO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Paciente/Nome Social: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Convênio: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

e urinários, os quais podem levar à internação prolongada, incapacidade temporária ou permanente, e até ao óbito;

Fui orientado quanto as possíveis complicações psíquicas no pós transplante como presença de possível sentimento de arrependimento com relação a doação de órgão e transtornos somatoformes (presença de sintomas físicos que sugerem uma condição médica geral, porém não são explicados por uma condição médica geral. Ou outros quadros psicopatológicos não previstos.

Fui informado sobre a possibilidade de sentir dor durante e após o procedimento, e sobre as medidas adotadas pela instituição para o gerenciamento dessa dor;

Também fui informado(a) sobre as alternativas possíveis ao procedimento, as consequências de não realizar o exame/tratamento e os problemas que poderão ocorrer no período de recuperação.

## AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

Esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s);

Autorizo a realização de filmagens/fotografias do sítio operatório (preservando a identidade do paciente), bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro;

Autorizo a realização de exame anatomopatológico em materiais que sejam removidos durante o procedimento por laboratório de patologia associado ao Hospital Córdio Pulmonar;

# Termo de Ciência e Consentimento

## TRANSPLANTE RENAL DOADOR

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NAO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Paciente/Nome Social: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Convênio: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Salvador, ..... de ..... de 20..... : ..... (hh:min)

 Paciente  Responsável

Nome: ..... RG: .....

Assinatura: ..... Parentesco: .....

## DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Salvador, ..... de ..... de 20..... : ..... (hh:min)

Nome do médico: ..... CRM: .....

Assinatura: .....