

Termo de Ciência e Consentimento

TRANSPLANTE RENAL RECEPTOR

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 sou portador de Doença Renal Crônica avançada e estou apto(a) a realizar o Transplante Renal.

Será realizado o Transplante Renal com rim proveniente de:

1) Doador Falecido padrão (doadores que trazem risco muito baixo de função renal reduzida, risco de infecção ou malformações congênitas)

2) Doador Falecido não-padrão / critérios expandidos (doadores que podem trazer alguma perda de função renal secundária a doenças pré-existentes como hipertensão, diabetes ou doenças tubulares/glomerulares diversas; ou trazerem risco de infecções por vírus ou bactérias ou ainda serem portadores de malformações congênitas), riscos considerados clinicamente e cirurgicamente aceitáveis, assim especificados:

.....
.....
.....

3) Doador Vivo

O Transplante Renal é considerado o procedimento de escolha para o paciente portador de Doença Renal Crônica avançada, pois entre os benefícios podemos citar o aumento da expectativa e qualidade de vida para o paciente que está em diálise, bem como a possibilidade de não necessitar mais realizar diálise. Segundo dados do Registro Brasileiro de Transplantes a sobrevida do pacientes em 1 ano é de 92-97% e a sobrevida do enxerto é de 86-94% , dependendo se o rim foi de doador vivo ou falecido. A longo prazo , cerca de 10 anos, a sobrevida do paciente oscila entre 74-87% e do enxerto entre 55-72% , dependendo do tipo de doador. A taxa de sobrevida anual em diálise é de 80%, segundo o registro da Sociedade

Termo de Ciência e Consentimento

TRANSPLANTE RENAL RECEPTOR

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

Paciente/Nome Social: _____ Sexo: _____

Data de nasc.: ____/____/____ Registro: _____

Convênio: _____

Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____

Médico: _____

Brasileira de Nefrologia de 2022. No Córdio Pulmonar a taxa de sobrevida do paciente observada no 1º ano é de 86% e do enxerto é de 80%.

Antes do rim de doador falecido ser implantado no paciente, ele passa por uma minuciosa avaliação dos cirurgiões transplantadores para avaliar a viabilidade do órgão.

O rim transplantado será implantado na porção inferior do abdome do lado direito ou esquerdo. Podem acontecer complicações no intra-operatório como: ausência de vasos sanguíneos (artérias ou veias) adequados ao implante do enxerto, ausência de fluxo sanguíneo adequado para o enxerto, trombozes arteriais e venosas, necessidade de uso de cateter para evitar obstrução urinária, extravasamento de urina para dentro do abdome, hematomas e rejeição imediata do enxerto; situações que podem prolongar o tempo cirúrgico, necessitar de reabordagem cirúrgica ou prolongar o tempo de internamento. Essas complicações cirúrgicas podem acometer cerca de 30% dos pacientes. Muitas dessas situações poderão ser corrigidas clinicamente ou cirurgicamente, porém não poderemos descartar a necessidade de retirada do enxerto. No termino da cirurgia, o paciente estará com uma incisão cirúrgica no abdome inferior direito ou esquerdo e com sonda vesical por onde sairá a urina. Os pontos são retirados com 15 a 20 dias e a sonda vesical com 5 a 7 dias, ou conforme orientação da equipe de cirurgiões do Transplante Renal.

O enxerto renal de Doador Vivo geralmente apresenta função imediata com retorno da capacidade de urina e filtração renal. Normalmente o risco de rejeição e infecções são pequenas, estando em torno de até 10% e 15%, respectivamente.

O enxerto renal do Doador Falecido não apresenta função imediata do enxerto, em cerca de 80% dos casos, pois as células dos túbulos renais necessitam ser regeneradas, o que poderá demorar em média 7 a 10 dias. O enxerto renal de Doador Falecido não-padrão apresenta maior risco de apresentar função reduzida do enxerto ou de até mesmo não funcionar, precisar do uso de medicamentos específicos para tratar rejeição ou até procedimentos cirúrgicos extras. Quando o enxerto renal não apresentar função adequada de

Termo de Ciência e Consentimento

TRANSPLANTE RENAL RECEPTOR

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

Paciente/Nome Social: _____ Sexo: _____

Data de nasc.: ____/____/____ Registro: _____

Convênio: _____

Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____

Médico: _____

filtração, independente do tipo de doador, será avaliado através de exames diagnósticos e será considerado a possibilidade biópsia renal. Enquanto o enxerto renal não estiver funcionando minimamente, o paciente será mantido em diálise. Dentre as principais causas de não funcionamento precoce do enxerto são rejeições (entre 10-20% dos casos), infecções (cerca de 15-30% dos casos), fístulas urinárias (<10%) e trombozes dos vasos sanguíneos do enxerto (<5%). Entre as complicações tardias que podem provocar a perda do enxerto temos as rejeições (cerca de 15% dos casos), o diabetes (30% dos casos), a hipertensão (> 50% dos casos), e as recidivas de glomerulopatias (< 30% dos casos). Muitas dessas complicações são passíveis de tratamento clínico e cirúrgico.

O tempo estimado de internamento para o Receptor de Doador Vivo é de 6 a 10 dias, Receptor de Doador Falecido de 10-15 dias e de Receptor de Doador Falecido não-padrão de 15 a 20 dias; podendo esses períodos serem menores ou maiores.

O receptor necessita ficar ciente da necessidade de manter o uso de drogas imunossupressoras enquanto houver funcionalidade do enxerto, bem como de outros medicamentos como antihipertensivos, antidiabéticos e sintomáticos; com os respectivos custos associados.

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;

Termo de Ciência e Consentimento

TRANSPLANTE RENAL RECEPTOR

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

Paciente/Nome Social: _____ Sexo: _____

Data de nasc.: ____/____/____ Registro: _____

Convênio: _____

Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____

Médico: _____

Estou ciente de que em procedimentos invasivos, como o citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares, respiratórios e urinários, os quais podem levar à internação prolongada, incapacidade temporária ou permanente, e até ao óbito;

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.

Fui orientado quanto a possíveis complicações psíquicas no pós-transplante como presença de possíveis sentimentos de ambivalência (arrependimento) com relação ao transplante do órgão, transtornos somatoformes que é presença de sintomas físicos que sugerem uma condição médica geral, porém não são completamente explicados por uma condição médica geral e ou outros quadros psicopatológicos não previstos.

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos acima mencionados 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;

Termo de Ciência e Consentimento

TRANSPLANTE RENAL RECEPTOR

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

Paciente/Nome Social: _____ Sexo: _____

Data de nasc.: ____/____/____ Registro: _____

Convênio: _____

Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____

Médico: _____

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

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: