

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE
TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

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 a seguinte(s) alteração (alterações) e/ou hipóteses diagnóstica(s):

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

URO - TRANSPLANTE RENAL: RECEPTOR DE DOADOR FALECIDO

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

Lateralidade: ☐ Direita ☐ Esquerda ☐ Bilateral ☐ Não se aplica

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Estou ciente de que o doador foi avaliado pela equipe de nefrologia e urologia através da história clínica, exame físico, exames laboratoriais e de imagem fornecidos pela Central Estadual de Transplantes, e sua condição clínica foi considerada adequada para a doação. O doador não apresenta indícios de doença renal aguda irreversível ou crônica e o órgão doado apresenta condição macroscópica adequada para o implante. Não foram detectadas, na avaliação, doenças infectocontagiosas que possam ser transmitidas ao receptor. Entretanto, estes fatos não excluem completamente a possibilidade de o rim apresentar alguma doença renal incipiente não detectada nos exames ou de transmissão dessas doenças infecciosas, uma vez que podem estar em período de latência e, por isso, não serem detectadas nos exames realizados. Embora isso seja possível, o risco é mínimo. O rim transplantado será implantado na porção inferior do abdome do lado direito ou esquerdo, num ato cirúrgico cuja duração média é de três horas. 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, sangramentos, hematomas e rejeição imediata do enxerto; situações que podem prolongar o tempo cirúrgico, necessitar de reabordagem cirúrgica ou prolongar o tempo de internamento. Poderá ser necessário transfusão de sangue durante o ato cirúrgico. Muitas dessas situações poderão ser corrigidas clinicamente ou cirurgicamente, porém não poderemos descartar a necessidade de retirada do enxerto. No término da cirurgia, o paciente estará com uma incisão cirúrgica no abdome inferior direito ou esquerdo e com sonda vesical na bexiga. Os pontos são retirados com 10 a 20 dias e a sonda vesical com 5 a 7 dias ou conforme orientação da equipe da Urologia (cirurgões da Equipe do Transplante Renal). Após a cirurgia, os pacientes transplantados necessitarão permanecer em uma unidade de terapia intensiva para observação e monitoramento atentando-se para qualquer tipo complicação clínica ou cirúrgica pós-operatória. O enxerto renal do Doador Falecido não apresenta função imediata do enxerto em cerca de 55% dos casos, pois as células do rim transplantado 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 filtração, independente do tipo de doador, será avaliado através de exames diagnósticos e será considerado a possibilidade biópsia renal. Enquanto o

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO**

enxerto renal não estiver funcionando, o paciente será mantido em diálise. Dentre as principais causas de não funcionamento pleno do enxerto, estão rejeições (entre 10 e 20%), infecções, fistulas urinárias e trombozes dos vasos sanguíneos. Entre as complicações tardias que podem provocar a perda do enxerto temos as rejeições, o diabetes, a hipertensão, e as recidivas de glomerulopatias. Muitas dessas complicações são passíveis de tratamento clínico e cirúrgico.

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

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

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, bem como a possibilidade de não necessitar mais realizar diálise. De acordo com a literatura, o procedimento apresenta mais de 95% de probabilidade de êxito. Neste centro transplantador, a sobrevida do rim e do paciente que foi transplantado com rim proveniente de doador falecido é de 92% e 96%, respectivamente, ao final do primeiro ano após transplante.

Declaro que recebi as informações necessárias quanto aos benefícios e as probabilidades de êxito deste exame/procedimento.

Benefícios esperados adicionais:

ALTERNATIVAS E POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DE NÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Alternativas ao tratamento foram discutidas em conjunto ao(à) médico(a) responsável, de acordo com o quadro clínico apresentado com o objetivo de evitar o agravamento da condição clínica do paciente. A alternativa de manter tratamento dialítico foi explicada, assim como as condições para transplante de doador vivo. Diante do cenário clínico, do conhecimento atual e da legislação vigente, foi consensuado que o transplante renal de doador falecido configura a melhor alternativa possível de tratamento no momento.

Alternativas e consequências adicionais:

RISCOS POTENCIAIS DO PROCEDIMENTO

A decisão de se submeter à cirurgia na grande maioria das vezes é pessoal e é o próprio paciente que decidirá se os benefícios estarão de acordo com seus objetivos e se os riscos e possíveis complicações são aceitáveis.

Compreendi que o transplante renal é o tratamento de escolha para a doença renal crônica avançada, porém não é a cura para tal condição. Compreendi que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos,

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE
TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

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

Estou ciente de que pode ser necessário receber transfusão de sangue durante a cirurgia ou nos dias seguintes de pós operatório.

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.

Fui comunicado pelos médicos que me avaliaram, que a família do doador informou que este não apresentava manifestações clínicas como febre, tosse ou falta de ar compatíveis com doença por coronavírus ¿ COVID 19.

Estou ciente de que foi realizado o teste da presença do coronavírus ¿ COVID 19 no doador, e que o resultado foi:

☐ positivo

☐ negativo

Fui informado que, de acordo com a Nota Técnica do Ministério da Saúde e as orientações da Associação Brasileira de Transplante de órgãos ¿ ABTO, o transplante de rim poderá ser realizado caso o teste do coronavírus no doador seja positivo, nas seguintes situações:

☐ Início dos sintomas tenham ocorrido entre 10 e 21 dias, quadro de COVID 19 leve, sem hospitalização / oxigenoterapia, e com resolução dos sintomas;

☐ Início dos sintomas entre 21 e 90 dias, com resolução dos sintomas;

☐ Início dos sintomas tenha ocorrido a mais de 90 dias, com resolução dos sintomas;

☐ Doador sem história clínica

Informo que não apresento manifestações clínicas como febre, tosse ou falta de ar, de infecção pelo coronavírus.

Riscos potenciais adicionais:

REABILITAÇÃO

Fui informado de que, após o transplante, serei responsável pelo uso de medicações imunossupressoras, pelo comparecimento às consultas de acompanhamento, devendo seguir rigorosamente as orientações de cuidado da equipe que me acompanha. Será necessário investimento financeiro em medicações, locomoção para consultas e cuidados pessoais. Estou ciente de que haverá necessidade de maior reclusão social principalmente nos primeiros meses após o transplante, devido ao estado de imunossupressão e ao risco de adquirir doenças infecciosas. Poderá, ainda, ser necessário restrição alimentar. Compreendo também que aspectos psicológicos e emocionais são fatores que podem repercutir em todo o processo de transplante e pós cirúrgico, podendo, inclusive, gerar alterações psíquicas que demandem acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico.

Todo o paciente transplantado deverá ser tratado com drogas imunossupressoras pelo resto da vida. Esses medicamentos evitam o aparecimento de rejeição muito grave do rim que poderia levar à perda do órgão transplantado. Infelizmente essas drogas apresentam efeitos colaterais indesejáveis como: diabetes, insuficiência renal, distúrbios neurológicos, aparecimento de infecções por germes oportunistas, e maior possibilidade de

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO**

desenvolvimento de alguns tipos de tumores malignos. Mesmo recebendo imunossupressão adequada, o paciente poderá apresentar episódios de rejeição, que serão tratados com o aumento da dose ou a substituição da medicação.

Estou ciente que processo de reabilitação pós-operatório é importante para um bom resultado e consiste em um período variável definido pelo meu médico com base nas características do meu diagnóstico e no procedimento realizado. O período de recuperação de pacientes em tratamento é muito importante e varia de acordo com as características individuais e do tratamento recebido, cabendo a mim seguir estritamente as recomendações médicas para melhor adaptação e recuperação pós-cirúrgica. O(A) médico(a) responsável discutiu e explicou as orientações de reabilitação.

Fui esclarecido que poderá haver insucesso e perda do transplante a despeito do meu empenho em seguir as orientações. 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.

Orientações adicionais de reabilitação:

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 exame anatomopatológico em materiais que sejam removidos durante o procedimento por laboratório de patologia associado ao Hospital São Rafael S.A.

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.

Fui informado(a) sobre o que é(são) o(s) procedimento(s) e riscos associados, alternativas possíveis ao procedimento, as consequências de não realizar o exame/tratamento/procedimento proposto e os problemas que poderão ocorrer no período de recuperação.

--

[] SIM [] NÃO - 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.

--

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).

Afirmo que recebi as orientações anterior ao procedimento.

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

Paciente ou _____
Responsável

Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal ou não possa assinar este documento

Nome: _____

RG: _____ 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.

Assinatura e
Nome do Médico / CRM