

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 VIVO

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

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

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Estou ciente de que o doador vivo foi amplamente avaliado através da história clínica, exame físico, exames laboratoriais e de imagem, e possui condição clínica adequada para a doação. O doador possui função renal normal, não apresenta indícios de doença renal aguda ou crônica e o órgão doado apresenta condição macroscópica normal. Não foram detectadas, na avaliação, doenças infecto contagiosas 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. 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 15 a 20 dias e a sonda vesical com 5 a 7 dias ou conforme orientação da equipe da Urologia (cirurgiões da Equipe do Transplante Renal). O enxerto renal de Doador Vivo geralmente apresenta função imediata com retorno da capacidade de diurese e filtração renal. Normalmente o risco de rejeição e infecções são inferiores a 10%. Neste centro transplantador, o percentual de rejeição entre os pacientes transplantados com rim de doador vivo é zero. O tempo estimado de internamento para o Receptor de Doador Vivo é de 6 a 10 dias, podendo este período ser menor ou maior.

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

Paciente: _____

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

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

transplantado com rim proveniente de doador vivo é de 100% 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. Depois de esgotadas todas as alternativas de tratamento clínico e cirúrgico, o transplante renal é claramente justificado em pacientes com doença renal crônica que podem apresentar grave comprometimento da saúde e redução da qualidade e expectativa de vida, cuja progressão da doença renal, se não transplantados, resulte em mortalidade que exceda aquela decorrente do próprio transplante. A alternativa de manter tratamento dialítico foi explicada, assim como as condições para transplante de doador falecido.

Diante do cenário clínico, do conhecimento atual e da legislação vigente, foi consensuado que o transplante renal de doador vivo 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.

Estou ciente de que em procedimentos invasivos, como o citado, 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. Muitas dessas situações poderão ser corrigidas clinicamente ou cirurgicamente, porém não poderemos descartar a necessidade de retirada do enxerto.

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, entretanto, poderá ser necessária uma nova abordagem cirúrgica ou a realização de biópsia renal, podendo também ocorrer complicações gerais como: sangramento, infecção, problemas cardiovasculares, respiratórios e urinários, os quais podem levar à internação prolongada, incapacidade temporária ou permanente, óbito e outras aqui não descritas.

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

Compreendi que este procedimento/cirurgia é um dos tratamentos de escolha para a atual condição clínica, porém

Paciente: _____

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

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

pode não ser a cura para tal condição. Compreendi que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independentemente do tipo da cirurgia, da boa técnica cirúrgica e anestésica e da eficiência dos cuidados médicos.

Estou ciente de que, durante o procedimento, poderão ocorrer outras situações imprevisíveis ainda não diagnosticadas ou emergenciais que necessitem mudanças do procedimento proposto.

Estou ciente de que pode haver necessidade de transfusão de sangue.

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.

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.

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 tempo de internação hospitalar médio pós-transplante é variável a depender da evolução e do estado de saúde do paciente.

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 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.

Orientações adicionais de reabilitação:

Paciente: _____

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

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

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

Nome: _____

RG: _____ Parentesco: _____

Paciente: _____

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

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO**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**