

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE TRANSPLANTE RENAL - RECEPTOR

PACIENTE	RESPONSÁVEL/ REPRESENTANTE
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px; text-align: center;">Cole aqui a etiqueta</div> Nome: _____ RH: _____ DN: __/__/____ (Preencher somente na ausência da etiqueta)	Nome: _____ _____ Grau de Parentesco: _____ RG: _____ Telefone: (____) _____

Eu concordo em me submeter a transplante renal na condição de receptor como opção de tratamento do meu quadro de insuficiência renal crônica (IRC).

Declaro também estar ciente de que:

1. O transplante renal é uma opção de tratamento para pacientes com IRC, assim como a diálise. Esses dois tratamentos são eficazes e eu tive a oportunidade de optar livremente por um deles;
2. Para a realização do transplante receberei anestesia geral. As complicações relacionadas a anestesia geral são raras e ocorrem em menos de 1%. As complicações anestésicas são mais frequentes em portadores de diabetes, hipertensão arterial grave, doença cardíaca e pulmonar;
3. As complicações cirúrgicas do transplante renal ocorrem entre 3 e 5% dos pacientes e podem se limitar ao rim transplantado ou atingir outros órgãos. A gravidade da complicação pode determinar a necessidade de realização de nova (s) cirurgia (s). A incidência de mortalidade diretamente relacionada à cirurgia do transplante é menor que 1%;
4. Em caso de não funcionamento imediato do rim transplantado, pode ser necessário a manutenção do tratamento dialítico até que o órgão implantado apresente funcionamento satisfatório;
5. O tempo médio de internação hospitalar é de sete dias para os transplantes realizados com doador vivo. No entanto períodos maiores de internação podem ser necessários para tratamento adequado de complicações, rejeições e infecções;
6. Para prevenir a rejeição do rim transplantado receberei uma combinação de medicamentos que serão administrados por via oral ou endovenosa. Esses medicamentos devem ser tomados diariamente conforme orientação da equipe médica. Esses medicamentos podem provocar efeitos colaterais que devem ser comunicados ao meu médico. Os medicamentos podem ser trocados conforme opção da equipe médica, seja por não estarem sendo efetivos, ou nos casos de efeitos colaterais importantes;
7. Estas medicações não podem ser substituídas ou alteradas sem a orientação do médico especialista e seu uso irregular ou descontinuado pode provocar rejeição e perda do rim transplantado;
8. Orientações sobre os medicamentos, seus nomes e posologia serão claramente apresentados durante o período de internação, sendo fundamental seu pleno entendimento. As orientações serão repetidas até o completo entendimento por parte do paciente;
9. Após a alta hospitalar deverei comparecer regularmente a todas as consultas médicas agendadas com a equipe de transplante;
10. Rejeições, infecções e outras complicações podem ocorrer mesmo com uso correto das medicações e sua rápida identificação aumentam a chance de sucesso. Para seu tratamento podem ser necessárias novas internações hospitalares.
11. O rim transplantado pode ser removido quando apresentar rejeição sem chance de recuperação. É impossível o uso do rim removido em outro transplante sendo seu destino regulamentado por lei;
12. Muitos pacientes submetidos a transplante renal podem necessitar da realização de biópsias do rim transplantado. Este procedimento é importante para diversos diagnósticos que envolvem o procedimento e são realizados sob anestesia local. As complicações das biópsias renais são raras;
13. As complicações infecciosas são as mais frequentes após o transplante renal e ocorrem como consequência direta do uso das medicações imunossupressoras, obrigatórias para o funcionamento do rim transplantado. São exemplo de complicações infecciosas a pneumonia, infecção urinária e infecções virais. Seu tratamento pode necessitar de períodos

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE TRANSPLANTE RENAL - RECEPTOR

- prolongados de internação hospitalar e até a interrupção dos medicamentos imunossupressores, aumentando a chance de rejeição;
14. Os pacientes que recebem um transplante renal têm maior risco de desenvolver qualquer tipo de tumor como consequência direta do uso das medicações imunossupressoras, obrigatórias para o funcionamento do rim transplantado. O tumor mais freqüente ocorre na pele. Seu tratamento pode necessitar interrupção dos medicamentos imunossupressores, aumentando a chance de rejeição;
 15. Outras complicações envolvidas no uso das medicações imunossupressoras, obrigatórias para o funcionamento do rim transplantado incluem aumento do risco de desenvolvimento de diabetes, hipertensão arterial e eventos cardiovasculares;
 16. Apesar do transplante renal ser uma alternativa segura e eficaz de tratamento da IRC, não é possível prever com exatidão a duração do funcionamento do rim transplantado, podendo variar entre alguns dias e muitos anos.
 17. Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento, dentre eles, a transfusão de sangue e hemocomponentes.

A transfusão de hemocomponentes (concentrados de hemácias, plaquetas, plasma ou crioprecipitado) pode ser necessária para restabelecer a função normal do sangue, como por exemplo, em situações de anemias graves ou hemorragias, ou em decorrência de procedimentos cirúrgicos. Apesar de os hemocomponentes serem preparados respeitando critérios rígidos de controle de qualidade estabelecidos pelo Ministério da Saúde, a transfusão sanguínea pode apresentar riscos ao paciente, e por isso é sempre indicada de forma bastante criteriosa. Esses riscos incluem reações imediatas indesejáveis, como febre, calafrios e alergia, geralmente leves e facilmente tratáveis, mas em raríssimas ocasiões podem ser fatais. Apesar de os testes sorológicos utilizados atualmente apresentarem alta sensibilidade e segurança, há também um risco mínimo de transmissão de microorganismos que podem não ser detectados através desses exames.

Por fim, declaro ter lido as informações, que todas as minhas dúvidas e questões foram esclarecidas através de linguagem clara, a qual entendi perfeitamente, decidindo conjuntamente com o meu médico que o **TRANSPLANTE RENAL** é a melhor opção neste momento para meu quadro clínico.

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize o **TRANSPLANTE RENAL** proposto.

Campinas, ____ de _____ de _____.

Médico	Paciente ou Representante ou Responsável
Testemunha: _____	R.G.: _____
Testemunha: _____	R.G.: _____

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

REVOGAÇÃO	
Revogo o consentimento prestado na data de: ____/____/____ e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado.	
Local e data: _____	
Médico	Paciente ou Representante ou Responsável