

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE TRANSPLANTE RENAL - DOADOR

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 doador.

Declaro também estar ciente de que:

1. Esta operação não trará benefícios diretos para mim;
2. Para a realização do transplante receberei anestesia geral. As complicações relacionadas à anestesia geral são raras e ocorrem em menos de 1%;
3. As complicações cirúrgicas graves são raras e ocorrem em menos de 1% das ocasiões;
4. As complicações infecciosas, como pneumonia, são raras e ocorrem em menos de 1% das ocasiões;
5. As complicações vasculares, como infarto e embolia pulmonar, são raras e ocorrem em menos de 1% das ocasiões;
6. Recebi avaliação pré-operatória completa;
7. O rim que estou doando, pode ser rejeitado e removido do receptor quando não houver mais chance de recuperação, além de funcionar por período de tempo limitado.
8. 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 em participar do **TRANSPLANTE RENAL** na condição de doador.

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.: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE TRANSPLANTE RENAL - DOADOR

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