



**Hospital
Santa Catarina**

Associação Congregação de
Santa Catarina

Nome completo do paciente:

Data de nascimento:

ou

Etiqueta do paciente

TERMO DE ANUÊNCIA PARA ENXERTO DE TECIDO HUMANO

O presente termo de Anuência para Enxerto de Tecido Humano tem o objetivo de autorizar a realização de procedimento de **ENXERTO DE TECIDO HUMANO** pelo paciente e/ou responsável, de acordo com as informações prestadas por seu médico, pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Santa Catarina.

Eu, _____, portador do RG, _____
declaro que fui devidamente informado pela equipe médica sobre os objetivos, riscos, benefícios, excepcionalidades a respeito de meu diagnóstico, modalidades de tratamento, taxas de sobrevivência e possíveis custos associados ao **ENXERTO DE TECIDO HUMANO**, conforme os termos do artigo 10 da Lei 9434/97, em especial dos riscos relacionados às drogas imunossupressoras necessárias para evitar a rejeição do órgão, risco de infecção, risco de morte e de perda do enxerto. Declaro ainda, que fui devidamente esclarecido pelos médicos assistentes do que vai ocorrer durante a cirurgia e no pós-operatório e de que fiz perguntas que desejei e obtive respostas satisfatórias a todas elas.

Descrição e riscos do Procedimento:

ESTE ESPAÇO DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Expliquei todo(s) o Tratamento(s), Procedimento(s) ao paciente acima identificado e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Cirurgião / Assistente

CRM

ESTE ESPAÇO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO PACIENTE/FAMILIAR

() Paciente Assinatura: _____

() Responsável Nome: _____ Assinatura: _____

Grau de Parentesco: _____ RG: _____

São Paulo, ____/____/____ Hora: ____:____.