



Nome completo do paciente:

Data de nascimento:

ou

Etiqueta do paciente

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO DE RECEPTOR- TRANSPLANTE RENAL

O transplante renal é o tratamento mais adequado para pacientes com insuficiência renal crônica terminal, contribuindo com aumento da qualidade de vida e possibilitando diminuição da mortalidade quando comparado ao tratamento dialítico. Atualmente, a sobrevida do rim de receptores de doadores vivos está próxima de 95% e receptores de doadores falecidos está próxima de 90% no final do primeiro ano. As perdas podem ser causadas por rejeição aguda, complicações cirúrgicas ou infecciosas.

Eu, _____, RG _____, declaro que estou devidamente inscrito em lista de espera, sendo portador de moléstia renal progressiva ou incapacitante. Antes de assinar este termo, declaro ter sido esclarecido e ter ciência que:

- O transplante renal apresenta riscos cirúrgicos tais como: formação de coágulos na artéria ou veia renal, estreitamento da artéria renal, formação de fístula urinária, obstrução do trato urinário, hematoma renal, ruptura renal e da artéria renal. Para resolução destas situações podem ser necessários procedimentos médicos invasivos diagnósticos e terapêuticos, tais como biópsia e cirurgia. Algumas destas complicações podem resultar em perda do rim transplantado.
- Após o transplante renal é necessário uso contínuo de medicação imunossupressora para diminuir as chances de rejeição.
- A ação combinada das drogas imunossupressoras utilizadas para a prevenção e o tratamento de episódios de rejeição do transplante renal, torna o paciente mais suscetível a infecções. Além das drogas imunossupressoras, a manipulação cirúrgica e a utilização de procedimentos invasivos no período pós-operatório aumentam a vulnerabilidade a infecções bacterianas hospitalares.
- Será necessária a realização de punções de biópsia renal de vigilância entre o 2.º e 3.º mês, no final do 12.º mês e caso necessário, em qualquer período pós-transplante para detecção de episódios de rejeição aguda subclínica, ou seja, episódios de rejeição que não tem manifestação clínica, mas que podem prejudicar a função do rim em longo prazo.
- Existe o possível risco de contrair doenças infecciosas, caso não possam ser detectadas em um doador infectado.
- Os pacientes transplantados renais estão sujeitos a diversos tipos de complicações tardias que também estão relacionadas ao uso de medicações imunossupressoras. Estas complicações incluem o risco de desenvolvimento de hipertensão arterial sistêmica, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, obesidade, dislipidemia, anemia, surgimento de acne e aumento de pelos, inchaço da gengiva, surgimento de câncer.
- A avaliação psicológica foi realizada com esclarecimento quanto risco psíquico e seu consequente acompanhamento.
- As complicações associadas especificamente a este procedimento após o transplante renal são as seguintes: _____

Estou ciente de que o rim que receberei para transplante apresenta as seguintes características: _____

Entendo que estou livre para retirar o consentimento com relação ao transplante renal, a qualquer momento, e que isso não impedirá a continuidade do meu tratamento pela equipe.

Desta forma, autorizo livremente, sem indução ou coação e de forma consciente, a realização do procedimento de transplante renal. Foram esclarecidas as excepcionalidades a respeito de meu diagnóstico e modalidades de tratamento, os riscos que poderão advir do procedimento, assim como procedimentos necessários para resolução de situações imprevisíveis.

Declaro ainda, que fui devidamente esclarecido pelos médicos 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.

Assinatura do paciente

Nome do responsável/ Grau de parentesco

RG: _____

RG: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

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 seu responsável está em condições de compreender o que lhes foi informado.

São Paulo, ____ de ____ de ____ Horário: ____: ____.

Médico responsável

CRM

Assinatura/ Carimbo

Testemunha

Testemunha