



Hospital Santa Catarina

Associação Congregação de Santa Catarina

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO INFORMADO DE DOAÇÃO EM VIDA – RIM

Nome completo do doador:
Data de nascimento:
ou
Etiqueta do doador

Nome completo do receptor:
Data de nascimento:
ou
Etiqueta do receptor

ETIQUETA DO DOADOR

ETIQUETA DO RECEPTOR

O transplante renal de doador vivo consiste na remoção de um rim de um doador sadio e implante deste órgão em um paciente com doença renal crônica. A doação de um órgão para transplante renal é um ato espontâneo e uma ótima opção terapêutica para pacientes portadores de insuficiência renal crônica terminal, contribuindo para melhor qualidade de vida e possibilitando menor mortalidade quando comparado ao tratamento dialítico.

Eu, _____, RG _____, na qualidade de _____ (grau parentesco) do paciente, declaro que:

- Autorizo os médicos nefrologistas e cirurgiões do Hospital Santa Catarina a realizarem os exames de avaliação para doar um dos meus rins, nos termos do artigo 10 da Lei Federal nº 8489/92.
- Fui informado de que, antes de me tornar um doador efetivo, realizarei um amplo estudo clínico e investigativo. Esta avaliação consistirá em exames clínicos, psicológicos e laboratoriais.
- Estou ciente que, em procedimentos diagnósticos invasivos, podem ocorrer complicações como sangramento, infecção, problemas cardio vasculares e respiratórios.
- Estou ciente que, a doação de um dos rins envolve um procedimento cirúrgico que pode apresentar os mesmos riscos relacionados à anestesia como reação anafilática, além de complicações relacionadas com o ato cirúrgico como sangramento descrito acima e que dependendo da sua gravidade pode evoluir para a morte.
- Estou ciente que, após a doação, devo realizar acompanhamento médico ambulatorial anualmente pela equipe da nefrologia e receberei apoio psicológico contínuo.
- Estou ciente de que caso apresente problemas de saúde prévios ou desenvolva comorbidades, como Hipertensão Arterial Sistêmica, mesmo controlado com medicações, apresento riscos de piora e necessidade de acompanhamento freqüente da função renal, após a doação.

Desta forma, autorizo livremente, sem indução ou coação, de forma consciente, responsável e gratuita de minha parte, o Hospital Santa Catarina, a doação voluntária de rim para ser transplantada no paciente acima referido, cujo procedimento é a melhor opção terapêutica.

Entendo que estou livre para retirar o consentimento com relação ao procedimento, a qualquer momento, e que isso não impedirá o receptor de receber tratamento específico pela equipe de transplante. Declaro ainda, que fui devidamente esclarecido pelo médico cirurgião do que ocorrerá durante a cirurgia e no pós-operatório, realizei perguntas que desejei e obtive respostas satisfatórias a todas elas.

Assinatura do Paciente (doador)

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 _____ RG: _____ Assinatura: _____

Testemunha _____ RG: _____ Assinatura: _____