

Eu _____
de CPF: _____, residente no município de _____
_____ concordo em
receber um transplante renal e estou ciente de que:

1. O Transplante Renal é uma opção de tratamento em relação ao tratamento dialítico. Estes dois tratamentos são eficazes, e eu tive a oportunidade de optar livremente por um deles.
2. As complicações cirúrgicas ocorrem entre 3 e 5% dos transplantes, algumas vezes necessitando de nova cirurgia.
3. As complicações anestésicas são raras e ocorrem em menos de 1% dos transplantes.
4. As complicações infecciosas são frequentes e decorrem do uso permanente de imunossupressores – as principais são: pneumonia, infecção urinária e infecção por Citomegalovírus.
5. As complicações vasculares ocorrem com mais frequência do que na população geral. As principais são angina, infarto, acidente cerebral isquêmico e hemorrágico.
6. Cerca de 7 em cada 10 transplantes apresentam um episódio de rejeição. Isto não significa perda do rim. Quase todas estas rejeições são revertidas com tratamento, necessitando, entretanto, de biópsia do enxerto e tratamento.
7. O rim pode ser retirado e removido quando apresentar rejeição sem chance de recuperação. Nesta situação deverei retornar ao programa de diálise na mesma unidade onde estava antes do transplante.
8. Deverei usar medicações que previnam a rejeição segundo orientação médica. Estas medicações não podem ser substituídas ou alteradas sem orientação do médico transplantador.
9. Deverei comparecer regularmente as consultas marcadas.
10. Em qualquer momento de meu tratamento, poderei solicitar transferência para outro Hospital e tenho direito a cópia integral do meu prontuário de exames.
11. A doação poderá ser revogada pelo doador a qualquer momento, antes de iniciado o procedimento de retirada do rim.
12. Terei que colher sangue a cada dois meses. A não coleta implicará na não concorrência de possíveis órgãos ofertados.
13. Quando receber hemotransfusão terei que avisar ao serviço de transplante renal.

14. Anualmente terei que retornar ao serviço de transplante renal para consulta com os exames atualizados e relatórios de intercorrências.

15. Os critérios de alocação dos órgãos provenientes de doador falecido obedecem a critérios imunológicos, tempo de diálise, idade e diabetes, portanto a fila de transplante renal não se dá por ordem cronológica de entrada na fila.

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e apesar de ter entendido as informações que me foram prestadas, de terem esclarecido todas as minhas dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas. RESERVO-
ME o direito de revogar este consentimento antes que o (s) procedimento (s), objeto deste documento se realize (m). E informo que não estou inscrito em nenhuma outra fila para transplante renal neste país e concordo com a realização do procedimento.

Nome: _____

Assinatura: _____

Identidade nº: _____ CPF nº: _____

Itajubá ____/____/____ Hora: ____:____

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do profissional: _____

Assinatura: _____ Registro: _____

Testemunhas:

Nome: _____

Identidade Nº: _____ CPF Nº: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Identidade Nº: _____ CPF Nº: _____

Assinatura: _____

Inscrito em: ____/____/____ , RGCT: _____ - _____