

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O PROCEDIMENTO DE TRANSPLANTE CARDÍACO

Eu \_\_\_\_\_  
de CPF: \_\_\_\_\_, residente no município de \_\_\_\_\_ concordo em  
receber um transplante hepático e estou ciente de que:

1. O transplante de coração é uma opção terapêutica para insuficiência cardíaca, em fase avançada, que não apresentaram resposta aos demais tratamentos utilizados.
2. As complicações anestésicas são raras e ocorrem em menos de 1% dos transplantes.
3. As complicações cirúrgicas ocorrem em 3-10% dos transplantes e podem precisar de nova cirurgia.
4. A biópsia do coração é necessária, em períodos determinados, no 1º ano pós-transplante, e sempre que houver suspeita de rejeição. A biópsia cardíaca é realizada por punção femoral (na virilha) ou jugular (no pescoço), com sedação e com uso de cateter de oxigênio.
5. A rejeição aguda pode ocorrer em até 80% dos casos. A rejeição pode ser mínima, leve, moderada ou grave e requer tratamento de 3 a 5 dias conforme sua gravidade. Na maioria das vezes, as rejeições são tratáveis e os órgãos voltam a funcionar normalmente.
6. As complicações infecciosas ocorrem na maioria dos pacientes transplantados, podendo acontecer enquanto eu estiver internado (infecção da ferida operatória, infecção pulmonar, infecção urinária) ou quando eu tiver recebido alta hospitalar.
7. Após a alta hospitalar, as complicações infecciosas decorrem principalmente do uso dos imunossupressores e, inclui infecção respiratória, infecção por citomegalovírus, infecção urinária, tuberculose e infecção por fungos. Em alguns casos, será necessária nova internação hospitalar para receber medicação endovenosa ou investigação diagnóstica.
8. As complicações cardiovasculares ocorrem com mais frequência do que na população geral e incluem infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral isquêmico e hemorrágico e doença vascular periférica.
9. Em raros casos, o paciente pode apresentar falência do enxerto (coração) de forma aguda ou não, sendo necessário a relistagem na fila de transplante em caráter de priorização como única opção terapêutica.
10. As chances de apresentar algum tipo de câncer em longo prazo são também maiores do que na população geral, sendo os mais frequentes o câncer de pele (40-53%) e os linfomas (1-5%) do total de tumores.
11. Declaro estar ciente que as informações constantes a seguir não esgotam os riscos inerentes à intervenção cirúrgica, visto que, alguns riscos decorrem das minhas reações orgânicas.

- 12.** Deverei usar os imunossupressores conforme orientação médica e qualquer medicação prescrita por outro médico deverá ser comunicada a equipe transplantadora.
- 13.** Os imunossupressores serão oferecidos pelo SUS conforme os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde.
- 14.** Os imunossupressores têm vários efeitos colaterais, como hipertensão arterial (50-80%), diabetes (3,6-18%), aumento do colesterol e triglicédeos (60%), aumento de peso (40%) e deverei seguir as orientações médicas para controle destas alterações.
- 15.** Em relação à gravidez após o transplante de coração, estou ciente que é uma gravidez de alto risco pela chance de ter infecção urinária (40% pielonefrite), hipertensão arterial (30% pré-eclâmpsia), proteinúria (maioria dos casos) e rejeição (9-14,5%), além de poder ter um parto prematuro (50%) e a criança nascer com baixo peso (46-54%).
- 16.** O uso do Micofenolato Sódico em mulheres está associado à malformação fetal, existindo poucos dados sobre o uso da medicação em homens. O sirolimus deve ser evitado na gestação.
- 17.** Deverei comparecer às consultas ambulatoriais regularmente conforme orientação médica.
- 18.** Mesmo usando os imunossupressores de forma adequada, a sobrevida média pós-transplante cardíaco é de 80% no 1º ano, 72% aos 3 anos e 60% aos 5 anos.
- 19.** Outros fatores podem afetar o funcionamento do coração transplantado em longo prazo, como rejeição crônica e infartos do miocárdio.
- 20.** Em qualquer momento posso solicitar minha transferência para outro serviço de transplante e terei disponível a cópia do meu prontuário.
- 21.** Autorizo a equipe médica responsável pelo meu transplante a indicar a transfusão de sangue ou de seus componentes, que receberei no caso de risco iminente de morte, mediante a avaliação clínica e parâmetros transfusionais. Tendo sido esclarecido sobre seus riscos e benefícios.
- 22.** Declaro ter sido informado (a) claramente sobre todas as indicações, contraindicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao transplante e suas complicações.
- 23.** Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e apesar de ter entendido das explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o procedimento, objeto deste documento, se realize.

Confirmando 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).

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Identidade nº: \_\_\_\_\_ CPF nº: \_\_\_\_\_

Itajubá \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

**DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO**

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 pelos mesmos. De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

**Testemunhas:**

Nome: \_\_\_\_\_

Identidade Nº: \_\_\_\_\_ CPF Nº: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Identidade Nº: \_\_\_\_\_ CPF Nº: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_