



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559
site: www.santacasamarilia.com.br

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”
Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição (Resolução
CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)
CIRURGIA DE TRANSPLANTE RENAL**

O(a) paciente ou seu(sua) responsável abaixo assinado, autoriza, através do presente termo de consentimento livre e esclarecido, a internação, o tratamento clínico e a realização do procedimento cirúrgico designado **“TRANSPLANTE DE RIM COM DOADOR FALECIDO”**.

- **Definição:** Transplante de Rim consiste no tratamento para pacientes que sofrem de doença renal crônica avançada. No transplante renal, um rim saudável de uma pessoa viva ou falecida é doado a um paciente portador de insuficiência renal crônica avançada. Através de uma cirurgia, esse rim é implantado no paciente e passa a exercer as funções de filtração e eliminação de líquidos e toxinas.

- **Principais Complicações:** rejeição do rim transplantado com possível necessidade de retirada cirúrgica do órgão transplantado. Trombose da veia ou da artéria do rim transplantado nos primeiros dias do pós-operatório, situação que pode levar a perda do enxerto renal. Infecção viral, bacteriana ou fúngica devido à medicação utilizada para impedir rejeição do rim transplantado, que pode acontecer a qualquer momento após o transplante, assim como, também é maior a chance de adquirir neoplasia (tumor, câncer).

Observação: Com relação à pandemia vivenciada da Covid-19, sabe-se que ao contrair a doença, as medicações utilizadas para evitar a rejeição do rim transplantado podem torná-la mais grave, e que não há informações precisas sobre os riscos de adquirir a infecção em um transplante quando comparado ao risco comunitário.

O(a) paciente ou seu(sua) responsável está ciente, de acordo e foi esclarecido das seguintes condições:

1. Recebeu, através do médico, informações de que o fumo, o álcool ou açúcar podem prejudicar a cicatrização, limitando o sucesso da cirurgia, bem como, a proibição de retirar por conta própria os curativos, imobilizações e drenos, além de não forçar a área operada até receber ordem médica em contrário.

2. Recebeu, através do médico, a informação de forma clara de que não deverá ter contato recente com pessoas infectadas pela COVID -19 e nem apresentar manifestações clínicas atribuídas a possível infecção como febre, tosse e falta de ar nas últimas 2 semanas.

3. Recebeu, através do médico, informações de forma clara do estado de saúde, da hipótese diagnóstica e evolução provável da doença, bem como a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento ora autorizado, efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo, além das instruções relativas ao procedimento clínico/cirúrgico, pré e pós-operatório, tendo esclarecido as suas dúvidas.

4. Recebeu, através do médico, a informação de forma clara de que o tratamento pode não ser definitivo, pois o procedimento a ser adotado não implica necessariamente na cura e que a evolução da doença e do tratamento poderão modificar condutas inicialmente propostas, sendo que neste



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559
site: www.santacasamarilia.com.br

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”
Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição (Resolução
CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)
CIRURGIA DE TRANSPLANTE RENAL**

caso, fica autorizada que sejam adotadas as providências necessárias, ou seja, tratamentos, cirurgias, procedimentos, exames complementares, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital, para fazer frente aos problemas surgidos.

5. Está ciente que deverá se inteirar dos fatos com o médico responsável e, havendo agravamento ou intercorrências da patologia, fica autorizado o médico responsável a contatar outros especialistas para o tratamento, conforme a necessidade.

6. Está ciente quanto à necessidade de respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas pelo (a) médico (a), pois a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais.

7. Está ciente que poderá revogar o consentimento prestado a qualquer momento antes que o referido procedimento seja realizado, sem necessidade de dar nenhuma explicação.

8. Autoriza o envio de cópia do prontuário quando por solicitação de autoridades.

Concorda com o tratamento acima proposto, e atesta que recebeu neste momento uma cópia e possui pleno conhecimento de todo o teor do presente termo.

Marília, _____ de _____ de 20 ____.

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal: _____

Nome do Médico Responsável: _____

CRM: _____

Assinatura do Médico Responsável: _____