



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA

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”

TRANSPLANTE DE FÍGADO COM DOADOR FALECIDO

(Resolução CMF n. 1.931/2009 - Código de Ética Médica)

O (a) paciente ou seu (sua) responsável, autoriza, através do presente termo de consentimento livre e esclarecido, a realização do procedimento “**TRANSPLANTE DE FÍGADO COM DOADOR FALECIDO**”.

Definição: O transplante de fígado consiste no tratamento definitivo para pacientes com insuficiência hepática aguda grave e doença hepática crônica terminal, no qual o fígado doente é substituído por um órgão saudável através de cirurgia de alta complexidade.

Possíveis riscos: dor ou desconforto na região do corte cirúrgico, requerendo uso de analgésicos; possibilidade de edema, hematoma, formação de coágulo na cavidade abdominal; saída de secreções e/ou infecções no local da cirurgia, com possibilidade de correção cirúrgica, além de cicatrização esteticamente inadequada por fatores individuais (cicatriz hipertrófica, queloide ou hérnias); hemorragias; estreitamento e trombozes na artéria hepática e nas veias porta e hepáticas; fistula; estreitamento e obstrução do canal biliar; embolias; infecções; rejeição; não funcionamento do fígado transplantado, com necessidade de um novo transplante e óbito.

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

1. Recebeu, através do médico, informações de forma clara a respeito dos benefícios do transplante, dos riscos, possibilidades de complicações durante a cirurgia e nos períodos pós-operatórios imediatos e tardios, inclusive de óbito, e da inexistência de terapias alternativas ao transplante.

2. Recebeu, através do médico, informações de forma clara sobre a necessidade de inserção de cateteres venosos centrais e periféricos, assim como a permanência de drenos no abdome, ou ainda sondas nasogástrica e uretral durante o período peri operatório.

3. Recebeu, através do médico, informações de forma clara sobre o uso contínuo, conforme orientação médica, de medicação imunossupressora e de suas complicações, como a ocorrência de infecções, aumento da pressão arterial, aumento do açúcar no sangue, alteração do funcionamento do rim, alergia e aumento do risco de câncer.

4. Declara ter compreendido o diagnóstico e o prognóstico da doença, o objetivo proposto e os resultados esperados, os possíveis tratamentos médicos alternativos, os riscos previsíveis e possíveis intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar os tratamentos.

5. Autoriza qualquer outro procedimento/ tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitar de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

6. Autoriza qualquer tecido removido cirurgicamente para ser encaminhado para exames ou utilizados com propósitos médicos e científicos.

7. Está ciente que poderá revogar o consentimento prestado a qualquer momento, antes que o referido procedimento seja realizado.

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

9. Autoriza o registro em foto, imagens e/ou vídeos do procedimento proposto para fins científicos e de estudos (livros, artigos e slides). Está ciente que será garantido o sigilo de sua identidade.

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 ____.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA

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”
TRANSPLANTE DE FÍGADO COM DOADOR FALECIDO**

(Resolução CMF n. 1.931/2009 - Código de Ética Médica)

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal (grau de parentesco):

Nome do Médico Responsável: _____

CRM: _____

Assinatura do Médico Responsável: _____