

ESCLARECIMENTO PARA A REALIZAÇÃO DE TRANSPLANTE DE CORAÇÃO

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC

Eu, _____, _____ anos, RG nº _____, declaro para os devidos fins e efeitos de direito que, em preparação realizada com a equipe de transplante do Meridional Cariacica, tomei em conhecimento que sou portador (a) da doença _____ e preencho os critérios para o transplante de coração.

Fui informado (a) sobre as opções para o tratamento de minha doença, e escolhi submeter-me ao transplante cardíaco. Estou ciente de que o transplante irá contar da retirada do coração doente e da sua substituição por outro, provindo de um doador cadáver, ou seja, alguém com morte encefálica. Fui informado (a) que as cirurgias podem levar a complicações conhecidas e outras imprevisíveis, mas que tudo será feito para tentar impedir o seu aparecimento.

Estou ciente de que complicações provenientes do órgão transplantado podem ocorrer, tais como o não funcionamento primário do coração transplantado e rejeição do órgão. Fui informado dos vários riscos envolvidos no procedimento, inclusive risco de óbito durante ou após o ato cirúrgico. Estou ciente ainda, que podem ocorrer complicações durante a cirurgia, como por exemplo, sangramentos, e que, para corrigi-las, pode haver a necessidade de transfusão sanguínea. Da mesma forma fui informado (a) que existem complicações associadas à anestesia proposta para minha cirurgia, como alergias aos anestésicos, dentre outras.

Tenho conhecimento de que, durante a cirurgia ou no pós-operatório, possam aparecer novas situações que podem requerer procedimentos adicionais, como novas cirurgias, ou até mesmo um novo transplante de coração, e que esses procedimentos poderão ser utilizados visando o restabelecimento de minha saúde.

Sou ainda informado (a) que existe a possibilidade de rejeição do novo órgão e que deverei fazer uso de medicamentos para evitá-la pelo resto da vida, fato que aumenta o risco de contrair infecções.

Estou informado (a) que este termo não contém todas as complicações e riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas apenas os mais frequentes. Sou sabedor (a) que apesar dos esforços da equipe, não existe garantia ou segurança absoluta no resultado desta cirurgia com relação à cura de minha doença.

Foi me dado tempo para refletir e a equipe esteve à disposição para esclarecer todas as dúvidas, minha ou de meus familiares, antes que eu assinasse este consentimento.

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

MÉDICO

Nome:

CRM:

_____, ____ de _____ de _____.

TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO:

RG:

1ª via: médico

NOME COMPLETO:

RG:

2ª via: Paciente

3ª via: Prontuário (levar para o Hospital no dia do procedimento).