

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TRANSPLANTE DE FÍGADO		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

1. DIAGNÓSTICO E INDICAÇÃO

Fui informado(a) pela equipe médica de que as avaliações clínicas, laboratoriais e de imagem realizadas revelaram que apresento doença hepática em estágio avançado ou condição hepática irreversível que exige tratamento substitutivo da função do fígado.

A equipe médica explicou-me que a proposta do procedimento a que serei submetido é a realização de um transplante de fígado, como forma de tratamento definitivo para a insuficiência hepática.

O transplante hepático consiste na remoção cirúrgica do meu fígado doente e no implante de um fígado saudável, oriundo de um doador falecido compatível ou, em situações específicas, de um doador vivo (parte do fígado). O procedimento é denominado transplante ortotópico de fígado, pois o órgão doado é implantado na mesma posição anatômica do fígado removido.

As principais doenças que podem levar à indicação do transplante hepático incluem, mas não se limitam a: cirrose hepática por vírus (hepatite B, hepatite C), cirrose alcoólica, cirrose por doenças metabólicas (doença de Wilson, deficiência de alfa-1-antitripsina, hemocromatose), cirrose biliar primária, colangite esclerosante primária, hepatite autoimune, esteato-hepatite não alcoólica (NASH), carcinoma hepatocelular (câncer primário de fígado) dentro de critérios estabelecidos, insuficiência hepática aguda (fulminante), doenças vasculares hepáticas (síndrome de Budd-Chiari), doenças genéticas (polipose adenomatosa familiar, fibrose hepática congênita) e retransplante por perda do enxerto anterior.

A gravidade da doença hepática é avaliada por meio de escores internacionais como o MELD (Model for End-Stage Liver Disease), que estima a mortalidade em três meses na lista de espera e determina a prioridade para o transplante.

2. AVALIAÇÃO DE RISCOS E BENEFÍCIOS

2.1. BENEFÍCIOS ESPERADOS

O principal benefício do transplante de fígado é a substituição do fígado doente por um fígado saudável, com recuperação da função hepática normal. Isso proporciona: reversão da insuficiência hepática e de suas complicações (icterícia, ascite, encefalopatia hepática, coagulopatia, hipertensão portal); melhora significativa da qualidade de vida, com retorno às atividades laborais e sociais; aumento expressivo da sobrevida em comparação com a evolução natural da doença hepática terminal — a sobrevida em cinco anos para pacientes transplantados é superior a 80% em centros especializados, enquanto a mortalidade em lista de espera pode chegar a 15-20% ao ano dependendo da gravidade da doença; melhora do estado nutricional e da função cardíaca e pulmonar; resolução da síndrome hepatorenal e da síndrome hepatopulmonar em casos selecionados; tratamento curativo do carcinoma hepatocelular dentro dos critérios de Milão (nódulo único até 5 cm ou até 3 nódulos com até 3 cm cada, sem invasão vascular ou metástases), com sobrevida em cinco anos comparável à de pacientes transplantados sem tumor; possibilidade de reinserção social e profissional; e eliminação das complicações da hipertensão portal (hemorragia digestiva alta por varizes esofágicas, peritonite bacteriana espontânea).

3.2. RISCOS CIRÚRGICOS IMEDIATOS E COMPLICAÇÕES INTRAOPERATÓRIAS

Hemorragia e Coagulopatia: O transplante hepático apresenta risco significativo de sangramento devido à coagulopatia pré-existente, à hipertensão portal e à extensa dissecação cirúrgica. O

sangramento pode ser maciço, exigindo transfusão de múltiplos hemocomponentes. Apesar dos avanços técnicos, a necessidade de transfusão ocorre em percentual variável de casos.

Síndrome de Reperfusão: No momento em que o sangue passa a circular pelo novo fígado, pode ocorrer instabilidade hemodinâmica grave com queda abrupta da pressão arterial, bradicardia, arritmias cardíacas (incluindo parada cardíaca) e hipercalemia potencialmente fatal. Esta síndrome ocorre em até 25-30% dos transplantes, sendo geralmente reversível com suporte hemodinâmico intensivo.

Trombose da Artéria Hepática: Formação de coágulo na artéria que irriga o fígado transplantado, ocorrendo em 3-9% dos adultos e até 15% das crianças. É a complicação vascular mais grave, pois pode levar à necrose isquêmica do enxerto, abscesso hepático, fístula biliar e perda do órgão, exigindo retransplante de urgência na maioria dos casos.

Trombose da Veia Porta: Ocorre em 1-3% dos transplantes, podendo causar hipertensão portal recorrente, ascite e disfunção do enxerto, necessitando de trombectomia ou retransplante.

Estenose das Anastomoses Vasculares: Estreitamento das conexões vasculares (artéria hepática, veia porta ou veia cava), podendo causar disfunção do enxerto e hipertensão portal, tratável com angioplastia percutânea ou cirurgia corretiva.

Lesão de Estruturas Adjacentes: Possibilidade de lesão de órgãos vizinhos durante a dissecação cirúrgica, incluindo intestino, pâncreas, duodeno, estômago, vesícula biliar, vias biliares, baço, grandes vasos (aorta, veia cava) e nervos frênicos.

Complicações Biliares: Ocorrem em 10-30% dos transplantes e incluem fístula biliar (vazamento de bile pela anastomose), estenose biliar (estreitamento da via biliar), obstrução por debris ou lama biliar, e colangite. A maioria requer intervenção endoscópica (CPRE com dilatação e colocação de stent) ou cirúrgica para correção.

Não Funcionamento Primário do Enxerto: Falha do fígado transplantado em assumir a função hepática nas primeiras horas ou dias após a cirurgia, com incidência de 2-7%. É a complicação mais temida, exigindo retransplante de urgência.

Disfunção Inicial do Enxerto: Função hepática insuficiente nos primeiros dias, com elevação de enzimas hepáticas, alterações da coagulação e icterícia, geralmente reversível com suporte clínico, mas que pode prolongar a internação em UTI.

Síndrome do Pequeno Enxerto (Small-for-Size): Especificamente em transplante intervivos, quando o fragmento hepático doado é pequeno para o receptor, podendo causar disfunção hepática grave, ascite refratária e hiperbilirrubinemia.

3.3. RISCOS INFECCIOSOS

Devido à imunossupressão obrigatória e prolongada, o paciente transplantado hepático apresenta risco elevado de infecções, que representam a principal causa de morbidade e mortalidade no primeiro ano após o transplante.

As infecções podem ser divididas em:

- **Infecções Bacterianas:** Infecção da ferida operatória (até 15-20% dos casos), pneumonias (incluindo pneumonia associada à ventilação mecânica), infecções do trato urinário, infecções da corrente sanguínea relacionadas a cateteres venosos centrais, peritonite bacteriana, colangite e abscesso intra-abdominal. A sepse de origem abdominal é particularmente grave neste contexto.

- **Infecções Virais:** Citomegalovírus (CMV) — a infecção viral mais relevante após o transplante, podendo causar doença tecidual (gastrite, colite, pneumonite, retinite) e efeitos imunomoduladores que aumentam o risco de infecções oportunistas e rejeição.

- **Vírus Epstein-Barr (EBV)** — associado ao desenvolvimento de doença linfoproliferativa pós-transplante (linfoma).

- Herpes simples, herpes zoster (varicela-zóster) e herpes humano tipo 6 e 8.
- Hepatites virais — recidiva da hepatite B ou C no enxerto, embora com as terapias atuais o risco seja significativamente menor.
- Infecções Fúngicas: *Candida albicans* (candidíase oral, esofágica ou sistêmica), *Aspergillus* (aspergilose pulmonar invasiva, de alta mortalidade), *Cryptococcus neoformans* (meningite criptocócica), *Pneumocystis jirovecii* (pneumonia intersticial).
- Infecções por Protozoários e Parasitas: Toxoplasmose, estrongiloidíase disseminada (em áreas endêmicas) e doença de Chagas (em receptores ou doadores de áreas endêmicas).
- Tuberculose: Risco aumentado de reativação de tuberculose latente ou infecção primária, especialmente nos primeiros meses após o transplante.
- Infecções Relacionadas ao Doador: Possibilidade de transmissão de infecções não identificadas no doador, apesar de toda a triagem clínica e sorológica obrigatória realizada. Os protocolos de triagem incluem sorologias para HIV, hepatites B e C, sífilis, toxoplasmose, CMV, EBV, HTLV, Chagas e exames microbiológicos conforme a epidemiologia regional, mas existe um período de janela imunológica durante o qual infecções podem não ser detectadas.

3.4. RISCOS DE REJEIÇÃO E COMPLICAÇÕES IMUNOLÓGICAS

- Rejeição Hiperaguda: Ocorre minutos a horas após a reperusão, mediada por anticorpos pré-formados no receptor contra antígenos do doador. É extremamente rara com os atuais testes de compatibilidade cruzada (crossmatch), mas quando ocorre leva à perda imediata do enxerto.
- Rejeição Aguda Celular: Ocorre em 20-50% dos transplantes hepáticos, geralmente entre a primeira e a sexta semana pós-operatória. É caracterizada pela infiltração do enxerto por linfócitos do receptor, causando elevação das enzimas hepáticas e alteração da função do enxerto. Na maioria dos casos é reversível com pulsoterapia com corticosteroides em altas doses por 3 a 5 dias. Casos refratários podem necessitar de anticorpos antilinfocitários (globulina antitimócito) e, em última instância, podem evoluir para perda do enxerto.
- Rejeição Mediada por Anticorpos (Rejeição Humoral): Menos frequente no fígado do que em outros órgãos sólidos, mas pode ocorrer, especialmente em pacientes com altos níveis de anticorpos anti-HLA doadores-específicos (DSA). Pode levar a disfunção crônica do enxerto e fibrose ductopênica.
- Rejeição Crônica: Perda lenta e progressiva da função do enxerto ao longo de meses ou anos, caracterizada por fibrose e obliteração dos ductos biliares (síndrome do ducto biliar desaparecente). É uma causa importante de perda tardia do enxerto, ocorrendo em 2-5% dos pacientes em cinco anos.
- Doença do Enxerto Contra o Hospedeiro (GVHD): Complicação rara (0,5-2%) mas grave, na qual os linfócitos do doador atacam os tecidos do receptor (pele, trato gastrointestinal, fígado — paradoxalmente), podendo ser fatal.
- Complicações da Imunossupressão: As medicações imunossupressoras são iniciadas no momento do transplante e mantidas por toda a vida do enxerto. Seus efeitos colaterais específicos incluem: inibidores de calcineurina (tacrolimo, ciclosporina) — nefrotoxicidade (dano renal, podendo levar a insuficiência renal crônica em até 20% dos pacientes em 10 anos), hipertensão arterial sistêmica (até 60-80% dos casos), diabetes mellitus pós-transplante (até 20-30%, especialmente com tacrolimo), neurotoxicidade (tremores, cefaleia, insônia, parestesias, e raramente leucoencefalopatia posterior reversível), hipercalemia, hipomagnesemia, hipertrofia gengival e hipertricose (mais com ciclosporina); corticosteroides (prednisona) — osteoporose com risco de fraturas patológicas, necrose avascular da cabeça do fêmur, miopatia proximal, catarata, ganho de peso, síndrome de Cushing iatrogênico, hiperglicemia, dislipidemia, retardo de cicatrização e maior susceptibilidade a infecções; micofenolato — leucopenia, anemia, diarreia crônica, náuseas, vômitos, e teratogenicidade (risco de malformações fetais — mulheres em idade fértil devem usar método

anticoncepcional eficaz e planejar a gestação com a equipe); inibidores mTOR (sirolimo, everolimo) — retardo de cicatrização de feridas, linfedema, hiperlipidemia, estomatite aftosa, pneumonite intersticial, proteinúria e risco de trombose da artéria hepática. O uso irregular ou a interrupção dos imunossupressores, mesmo após muitos anos do transplante, pode provocar rejeição aguda grave e perda irreversível do enxerto.

3.5. RISCOS CARDIOVASCULARES, METABÓLICOS E ONCOLÓGICOS

- Riscos Cardiovasculares: As complicações cardiovasculares representam a principal causa de morte tardia após o transplante hepático. Incluem infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca (incluindo cardiomiopatia induzida por estresse), arritmias cardíacas, hipertensão arterial e doença arterial periférica. O risco é maior em pacientes com fatores de risco pré-existentes como diabetes, hipertensão, dislipidemia e obesidade.

- Síndrome Metabólica Pós-Transplante: A combinação de imunossupressores, ganho de peso e predisposição genética leva a alta incidência de síndrome metabólica (obesidade central, hipertensão, dislipidemia e diabetes), afetando até 50-60% dos transplantados hepáticos em cinco anos.

- Riscos Oncológicos: O risco de neoplasias malignas é 2 a 4 vezes maior do que na população geral devido à imunossupressão prolongada. As mais frequentes incluem: câncer de pele não melanoma (carcinoma basocelular e espinocelular) — o mais comum, relacionado à exposição solar e ao uso de imunossupressores; doença linfoproliferativa pós-transplante (PTLD) — espectro que vai de hiperplasia linfóide benigna até linfoma franco, associado principalmente ao EBV; carcinomas de cabeça e pescoço, especialmente em pacientes com história de tabagismo e etilismo pré-transplante; carcinoma de colo de útero e ânus (relacionados ao HPV); carcinoma hepatocelular de novo (no enxerto); e neoplasias do trato gastrointestinal e pulmão.

- Recidiva da Doença de Base: Doenças que motivaram o transplante podem recidivar no enxerto, incluindo hepatite autoimune, cirrose biliar primária, colangite esclerosante primária, esteato-hepatite não alcoólica, hepatite B (quando não adequadamente profilada), e carcinoma hepatocelular (especialmente se além dos critérios de Milão no explante).

3.6. RISCOS DA BIÓPSIA HEPÁTICA E PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS INVASIVOS

A biópsia hepática por punção percutânea guiada por ultrassom é o padrão-ouro para diagnóstico de rejeição, etiologia de disfunção do enxerto e acompanhamento de recidivas. É realizada com anestesia local e sedação consciente. Seus riscos incluem: sangramento intraperitoneal ou intraparenquimatoso (hematoma hepático ou subcapsular), fístula arteriovenosa intra-hepática (geralmente autolimitada), punção acidental de vísceras ocas (vesícula biliar, cólon, duodeno), pneumotórax (quando por acesso intercostal), dor no local da punção e, raramente, óbito relacionado ao procedimento (menos de 0,1%).

A biópsia transjugular (por acesso venoso jugular) é uma alternativa para pacientes com risco aumentado de sangramento (coagulopatia, ascite volumosa).

Colangiografia Trans-hepática Percutânea (CTP) e Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE): Procedimentos diagnósticos e terapêuticos para avaliação e tratamento de complicações biliares (estenoses, fístulas, cálculos). Riscos incluem colangite, pancreatite, hemobilia, perfuração intestinal e sangramento.

3.7. RISCOS PSICOSSOCIAIS E DE QUALIDADE DE VIDA

O impacto psicológico do transplante hepático é significativo e deve ser reconhecido. Podem ocorrer alterações da imagem corporal (ganho de peso, síndrome de Cushing, hirsutismo, estrias), ansiedade e depressão relacionadas ao medo de rejeição e perda do enxerto, estresse pós-traumático relacionado à experiência cirúrgica e à internação prolongada, sentimento de culpa pela espera por um órgão de doador falecido (ou, no caso de doador vivo, preocupações com a saúde do doador), dificuldades de reinserção no mercado de trabalho e adaptação à nova condição de saúde, impacto na dinâmica familiar e conjugal com possibilidade de separação e divórcio, alteração do

comportamento sexual e diminuição da libido, e necessidade de adaptação a uma rotina médica permanente com consultas, exames e medicações contínuas. A adesão ao tratamento imunossupressor e ao acompanhamento multidisciplinar é fundamental para o sucesso em longo prazo.

O consumo de álcool após o transplante, especialmente em pacientes transplantados por cirrose alcoólica, está associado a maior risco de perda do enxerto e morte, sendo absolutamente contraindicado. Ao longo de todo o processo de tratamento, serei acompanhado(a) pelo Serviço Social e pela equipe de psicologia, que têm por objetivo identificar questões psicossociais que possam impactar no tratamento.

4. ALTERNATIVAS AO TRATAMENTO

As alternativas ao transplante hepático variam conforme a doença de base e a gravidade da insuficiência hepática, sendo descritas a seguir:

- Tratamento Clínico Conservador: Para pacientes com doença hepática compensada (cirrose Child-Pugh A), o tratamento conservador com medicamentos, controle de complicações (ascite com diuréticos e paracentese, encefalopatia com lactulose e rifaximina, varizes esofágicas com betabloqueadores e ligadura elástica), acompanhamento nutricional e monitorização ambulatorial regular pode manter qualidade de vida por períodos variáveis. No entanto, esta opção não altera a progressão natural da doença hepática terminal.

- Tratamento das Complicações da Hipertensão Portal e da Insuficiência Hepática: As complicações da doença hepática avançada podem ser manejadas clinicamente de forma paliativa, sem tratar a causa de base. Inclui paracentese de alívio para ascite refratária, procedimentos endoscópicos para varizes esofágicas (ligadura elástica), derivação portossistêmica intra-hepática transjugular (TIPS) para ascite refratária ou hemorragia varicosa recorrente, e suporte nutricional. Estas medidas não tratam a doença hepática em si e não melhoram a sobrevida a longo prazo.

- Tratamento Cirúrgico Convencional sem Transplante: Ressecção hepática parcial (hepatectomia) para tumores hepáticos primários, quando o volume e a função do fígado remanescente são suficientes. A ressecção é alternativa curativa ao transplante apenas para tumores restritos e com função hepática preservada (sem cirrose avançada). Em cirróticos com carcinoma hepatocelular, a ressecção tem maior risco de insuficiência hepática pós-operatória e maior taxa de recidiva tumoral em comparação ao transplante.

- Terapias Locorregionais para Tumores Hepáticos: Ablação por radiofrequência, micro-ondas, alcoolização percutânea, quimioembolização transarterial (TACE), radioembolização com érbio-90, e radioterapia estereotáxica corpórea (SBRT). Estas técnicas podem controlar o crescimento tumoral e funcionar como ponte para o transplante ou como palição, mas não oferecem tratamento curativo para a doença hepática de base e não previnem a progressão da cirrose.

- Suporte para Insuficiência Hepática Aguda: Em casos de insuficiência hepática fulminante, estão disponíveis sistemas de suporte hepático artificial (MARS — Sistema de Recirculação de Albumina Molecular, e sistemas de diálise hepática) como ponte para recuperação ou transplante. O plasmaférese (troca plasmática) pode ser utilizado como suporte temporário. No entanto, estas modalidades não substituem permanentemente a função hepática e, sem o transplante, a mortalidade da insuficiência hepática aguda grave é superior a 80%.

- Não Tratamento (Evolução Natural): A opção de não realizar tratamento ou de não se submeter ao transplante deve ser considerada. A não realização do transplante hepático, quando indicado por doença hepática terminal, implica a progressão inevitável da doença com desenvolvimento ou agravamento das complicações: ascite refratária (com risco de peritonite bacteriana espontânea), encefalopatia hepática recorrente ou persistente (com risco de coma hepático), hemorragia digestiva alta por varizes esofágicas (com mortalidade de 15-20% por episódio), icterícia progressiva, coagulopatia com sangramentos espontâneos, síndrome hepatorenal (insuficiência renal), síndrome hepatopulmonar (hipoxemia grave), caquexia, desnutrição e morte. A sobrevida em cinco anos para pacientes com cirrose descompensada (Child-Pugh C) sem transplante é inferior a 30%.

A opção de cuidados paliativos exclusivos (não transplante, não medidas invasivas) é uma alternativa legítima que deve ser discutida com a equipe, focada no conforto e na qualidade de vida, sem intervenções modificadoras da doença.

Fui informado(a) de que, para pacientes elegíveis, o transplante hepático oferece a melhor chance de sobrevida e qualidade de vida em longo prazo quando comparado a todas as alternativas descritas.

5. PROCESSO DE RECUPERAÇÃO E ACOMPANHAMENTO PÓS-TRANSPLANTE

Após o transplante hepático, permanecerei internado(a) inicialmente na Unidade de Terapia Intensiva por período variável para monitorização hemodinâmica contínua, ventilação mecânica quando necessária, controle da função hepática, diurese, eletrólitos, coagulação e níveis séricos de imunossuppressores.

A alta da UTI ocorre quando há estabilidade clínica, função hepática satisfatória e ausência de complicações imediatas. A internação hospitalar total é geralmente de 14 a 30 dias, podendo ser prolongada na vigência de complicações.

Durante a internação, serão realizados exames laboratoriais diários (função hepática, função renal, eletrólitos, hemograma, coagulação, níveis séricos de imunossuppressores, provas de função hepática, e marcadores de infecção), ultrassonografia com Doppler para avaliação do fluxo vascular do enxerto, colangiografia quando indicada, e biópsia hepática se houver suspeita de rejeição.

A equipe multidisciplinar será composta por hepatologistas, cirurgiões do transplante, intensivistas, infectologistas, nefrologistas, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais.

Receberei orientações sobre dieta, atividade física, cuidados com a ferida operatória, sinais de alerta (febre, icterícia, dor abdominal, sangramento, alteração da cor da urina ou fezes) e a importância da adesão rigorosa ao esquema imunossupressor.

O acompanhamento ambulatorial será contínuo e permanente, com consultas regulares na seguinte frequência aproximada: semanalmente no primeiro mês, quinzenalmente do segundo ao terceiro mês, mensalmente do quarto ao sexto mês, trimestralmente do sétimo ao décimo segundo mês e semestralmente a partir do segundo ano, podendo ser ajustado conforme a evolução clínica.

Serão monitorizados a função hepática, a função renal, os níveis séricos de imunossuppressores, a ocorrência de infecções, o perfil metabólico, a detecção precoce de neoplasias e a adesão medicamentosa.

As vacinações recomendadas (influenza, pneumococo, hepatite B, tétano, COVID-19 e outras conforme calendário) devem ser mantidas, mas vacinas de vírus vivos atenuados são contraindicadas após o transplante.

O paciente deve comunicar imediatamente qualquer intercorrência à equipe de transplante (febre, calafrios, dor abdominal, icterícia, urina escura, fezes claras ou sangrentas, tosse, dispneia, diarreia, vômitos, sinais de infecção cutânea ou qualquer outro sintoma novo). A exposição solar deve ser evitada com uso rigoroso de protetor solar, chapéus e roupas com proteção UV devido ao risco aumentado de câncer de pele.

6. GESTAÇÃO APÓS O TRANSPLANTE

Em relação à gravidez após o transplante de fígado, fui informado(a) de que se trata de uma gestação de alto risco, com maior probabilidade de complicações maternas e fetais. A orientação geral da equipe de transplante é aguardar pelo menos um a dois anos após o transplante hepático, com função estável do enxerto e regime imunossupressor em doses de manutenção, antes de planejar uma gestação. Os riscos incluem: pré-eclâmpsia (taxa aumentada em relação à população geral), hipertensão arterial gestacional, infecções urinárias recorrentes, diabetes gestacional, rejeição aguda do enxerto (especialmente se houver ajuste inadequado da imunossupressão), parto prematuro, baixo peso ao nascer e restrição de crescimento intrauterino. O uso de micofenolato de

mofetila ou micofenolato sódico é absolutamente contraindicado na gestação por estar associado a malformações fetais graves (síndrome embriofetal do micofenolato), devendo ser substituído antes da concepção após planejamento com a equipe de transplante. Mulheres transplantadas em idade fértil devem utilizar método anticoncepcional eficaz e comunicar imediatamente à equipe em caso de gestação não planejada.

7. USO DE SANGUE E HEMODERIVADOS

Autorizo a equipe médica responsável pelo meu transplante a indicar a transfusão de sangue ou de seus componentes (concentrado de hemácias, plasma fresco congelado, crioprecipitado, concentrado de plaquetas, complexo protrombínico, fibrinogênio e fatores de coagulação recombinantes) que receberei no caso de necessidade clínica, mediante avaliação dos parâmetros clínicos, hemodinâmicos e laboratoriais.

Fui esclarecido(a) sobre os riscos (reações transfusionais alérgicas, febris, hemolíticas, lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão — TRALI, sobrecarga circulatória — TACO, e, raramente, transmissão de doenças infecciosas) e benefícios (manutenção da estabilidade hemodinâmica, transporte de oxigênio e correção dos distúrbios da coagulação).

Como alternativas, podem ser utilizados expansores plasmáticos, ácido tranexâmico (antifibrinolítico), concentrado de complexo protrombínico, fatores de coagulação recombinantes, desmopressina e agentes estimuladores da eritropoese, embora estas medidas não substituam completamente o sangue total e seus derivados em situações de perda volêmica significativa ou coagulopatia grave no contexto do transplante hepático.

8. TRANSFERÊNCIA DE SERVIÇO

Em qualquer momento do tratamento, posso solicitar minha transferência para outro serviço de transplante e terei disponível a cópia do meu prontuário médico para tanto.

9. AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS PARA PESQUISA

Durante meu acompanhamento ambulatorial e durante as internações, são registrados dados e resultados de exames em meu prontuário médico. Esses dados são importantes tanto para meu acompanhamento clínico quanto para eventuais análises científicas que poderão contribuir para o avanço do conhecimento e melhoria do tratamento de pacientes em situações semelhantes à minha. Declaro meu consentimento livre e esclarecido para a utilização dos meus dados armazenados em meu prontuário, bem como dos meus resultados de exames, para fins de pesquisa científica, respeitados o anonimato e a confidencialidade das informações.

Opções complementares:

- ☐ Não desejo ser consultado(a) a cada novo projeto científico que faça uso de meus dados.
- ☐ Desejo ser consultado(a) a cada novo projeto científico que faça uso de meus dados.
- ☐ Não desejo ser informado(a) caso alterações biológicas conhecidas associadas a um risco aumentado de desenvolvimento de doenças sejam encontradas em meus dados.
- ☐ Desejo ser informado(a) caso alterações biológicas conhecidas associadas a um risco aumentado de desenvolvimento de doenças sejam encontradas em meus dados.

10. ASPECTOS SOCIOASSISTENCIAIS E ACOMPANHAMENTO SOCIAL

Ao longo de todo o processo de tratamento, serei acompanhado(a) também pelo Serviço Social, que tem por objetivo conhecer meu perfil socioeconômico e identificar questões de cunho social que possam impactar no tratamento pré e pós-transplante.

Em todo o período de tratamento, é necessário ter uma referência de cuidados (acompanhante) que poderá ser substituído(a) a qualquer momento, o qual receberá as orientações pertinentes ao tratamento e cuidado, bem como ao acesso aos recursos socioassistenciais disponíveis. Estou ciente de que, caso seja de outro município ou estado, durante o tratamento meu médico poderá solicitar minha permanência e de meu acompanhante na cidade por período indeterminado, sendo importante buscar suporte de conhecidos para hospedagem.

Caso não disponha deste recurso, o Serviço Social poderá auxiliar na busca por outras formas de hospedagem. Em consideração ao período de tratamento, bem como à frequência dos atendimentos médicos e à necessidade de retornos ambulatoriais, em alguns casos se faz necessário o afastamento das atividades laborais por período prolongado, conforme orientação e solicitação médica.

O paciente e a família serão responsáveis por estabelecer e manter vínculo com o serviço de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), quando aplicável, farmácias de medicamentos de alto custo, bem como demais serviços inerentes ao processo e período de tratamento, contando com o suporte do Serviço Social quando necessário.

11. DISPOSIÇÕES LEGAIS E CONSENTIMENTO

Declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contraindicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao transplante hepático e suas complicações.

Declaro estar ciente de que as informações constantes neste documento não esgotam todos os riscos inerentes ao procedimento cirúrgico, visto que alguns riscos decorrem das minhas condições orgânicas individuais e de reações imprevisíveis do organismo.

Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer durante o ato cirúrgico ou no pós-operatório e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, sempre visando a preservação da minha vida e da minha saúde.

Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

Esta autorização é dada ao médico(a) da equipe de transplantes do hospital, bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) para intervir no(s) procedimento(s), de acordo com o seu julgamento profissional quanto à necessidade de coparticipação.

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de minha assinatura. Foram observadas todas as orientações necessárias para o procedimento, bem como foram fornecidas à equipe médica as informações sobre o meu estado de saúde, incluindo doenças preexistentes, medicações em uso contínuo ou eventual, alergias medicamentosas e hábitos de vida, sem nada ocultar.

Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis de acontecer neste procedimento/tratamento, mas apenas os mais frequentes.

Contudo, fui amplamente esclarecido(a) pelo médico assistente e sua equipe. Consinto, portanto, ao médico assistente a realizar o(s) procedimento(s) descrito(s) neste termo e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

Declaro ter sido devidamente informado(a) e compreender que a instituição atua como um hospital de ensino. Estou ciente e concordo que, em virtude dessa natureza institucional, meu atendimento poderá contar com a participação de médicos residentes, internos e outros profissionais de saúde em treinamento, os quais poderão realizar avaliações clínicas, prescrever tratamentos e atuar nos procedimentos indicados.

Compreendo e recebo a garantia de que toda a atuação desses profissionais em formação ocorrerá sempre sob a supervisão e responsabilidade de um médico assistente ou preceptor titular, assegurando que o meu cuidado seja conduzido com os mais altos padrões de qualidade e segurança.



Sei que possuo o pleno direito de revogar este consentimento a qualquer tempo antes do início do procedimento, sem que isso implique qualquer penalidade ao meu atendimento ou prejuízo à continuidade do meu cuidado. Comprometo-me a comunicar previamente à equipe médica, de forma expressa e por escrito, quaisquer restrições a atos, tratamentos ou condutas que opte por não autorizar.

DIREITO DE RECUSA PARCIAL

Compreendo que possuo o direito inalienável de consentir de forma parcial com o plano terapêutico proposto. Sendo assim, declaro que autorizo a realização do procedimento descrito neste documento, com exceção expressa e irrevogável aos seguintes atos, tratamentos ou condutas, os quais opto por não autorizar em documento anexo.

Fui exaustiva e claramente informado(a) pelo meu médico assistente sobre os riscos, as implicações clínicas e os potenciais prejuízos ao sucesso do meu tratamento, recuperação ou mesmo risco à vida decorrentes da não realização específica destes atos recusados.

Compreendo plenamente as consequências dessa limitação ao escopo do tratamento e assumo integral responsabilidade por esta decisão, isentando a equipe médica e a instituição hospitalar por eventuais complicações que decorram diretamente desta recusa parcial.

CAMPOS DE ASSINATURA

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, apesar de ter entendido as 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.

PACIENTE

Nome: _____

Assinatura: _____

Identidade N.º: _____ CPF: _____

RESPONSÁVEL LEGAL (Grau de Parentesco: _____)

Nome: _____

Assinatura: _____

Identidade N.º: _____ CPF: _____

Local e Data: _____, ____ de _____ de _____

Hora da Assinatura: _____ : _____

**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 o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável está(ão) em condições de compreender o que lhes foi informado.

PROFISSIONAL

Nome: _____ CRM: _____

Assinatura: _____

Local e Data: _____, ____ de _____ de _____.

Hora: _____ : _____

TESTEMUNHAS

Nome Completo: _____

RG: _____

Nome Completo: _____ RG _____

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Registro Brasileiro de Transplantes (RBT) – Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997 (Lei dos Transplantes). Portaria GM/MS nº 2.600, de 21 de outubro de 2009 (Regulamentação do Sistema Nacional de Transplantes). Kwong AJ, et al. OPTN/SRTR 2022 Annual Data Report: Liver. Am J Transplant. 2024;24(2S1):S176-S265. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: Liver transplantation. J Hepatol. 2016;64(2):433-85.

(1ª via: médico | 2ª via: Paciente | 3ª via: Prontuário (levar para o Hospital no dia do procedimento))