

## CRITÉRIOS EXPANDIDOS INGRESSO EM LISTA DE ESPERA DE CORAÇÃO

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC

Eu \_\_\_\_\_ estou ingressando em lista de espera para receber transplante de coração no Hospital Meridional e aceito receber um coração de um doador / órgão classificado de CRITÉRIO EXPANDIDO.

Fui adequadamente informado sobre os riscos, benefícios e complicações potenciais da realização deste tipo de transplante. Li as informações e entendi as explicações do Dr. \_\_\_\_\_. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas satisfatoriamente.

Entendo que não exista garantia dos resultados esperados em relação a sobrevida geral, à do enxerto e complicações.

Sei que está resguardado meu direito de desistir a qualquer tempo, da realização do transplante dentro destes critérios, enquanto ainda não o tiver realizado.

Concordo com tudo que foi apresentado.

**TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA**

Certifico que expliquei, por escrito e verbalmente, com detalhes, ao paciente \_\_\_\_\_ acima referido ou a seu responsável, o procedimento de transplante \_\_\_\_\_ (tipo de transplante) com doador falecido classificado como CRITÉRIOS EXPANDIDOS, seus riscos e benefícios.

Respondi satisfatoriamente a todas as perguntas formuladas e considero que o paciente/responsável \_\_\_\_\_ compreendeu o que lhe foi explicado.

Comprometo-me também a zelar pela atualização das informações necessárias ao Cadastro Técnico Único (CTU), visando ampliar as possibilidades de transplantes para o referido paciente.

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

MÉDICO

Nome:

CRM:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**TESTEMUNHAS**

NOME COMPLETO:

RG:

NOME COMPLETO:

RG:

1ª via: médico

2ª via: Paciente

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