



A Beneficência
Portuguesa
de São Paulo

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome _____

Data de nascimento ____ / ____ / ____

Quarto/leito _____ N.A. _____

Data ____ / ____ / ____ Horário ____ h ____

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de doação renal para transplante

Eu, _____, portador(a) da cédula de identidade (RG) nº _____, concordo em me submeter à cirurgia de nefrectomia unilateral na condição de doador(a) para o paciente _____.

Fui orientado(a) pelo médico por meio de linguagem clara e estou ciente de que:

- 1) A doação de órgãos consiste em ato exclusivamente voluntário, não podendo ser realizada como comércio ou em troca de pagamento ao(à) doador(a).
- 2) Seja por critérios relacionados à minha avaliação ou por critérios associados à avaliação do possível receptor, posso ser excluído a qualquer momento pela equipe médica como potencial doador(a).
- 3) A avaliação pré-operatória constitui momento essencial para avaliar os riscos e cuidados clínicos que devem ser respeitados na realização da minha cirurgia.
- 4) Ainda que praticados rigorosos protocolos cirúrgicos, todo ato operatório possui riscos, de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para procedimentos cirúrgicos ou invasivos.
- 5) Todo procedimento cirúrgico, incluindo a doação voluntária de órgãos, pode cursar com sofrimento psíquico subjetivo, às vezes com necessidade de psicoterapia.
- 6) A qualquer momento, posso deixar de ser doador(a) e retirar esta autorização, sendo que esse ato não gerará prejuízo no seguimento do receptor pela equipe médica que o trata.
- 7) O tempo médio de internação hospitalar é de três dias para os pacientes submetidos à nefrectomia. No entanto, períodos maiores de internação podem ser necessários para tratamento adequado de eventuais complicações.
- 8) Após a alta hospitalar, deverei comparecer regularmente a todas as consultas médicas agendadas com a equipe de transplantes.

Por fim, declaro que me foi oferecida entrevista com apoiador, a qual aceitei não aceitei.

Apoiador(a) _____ Data da entrevista ____ / ____ / ____

São Paulo, ____ / ____ / ____

Médico (nome e número do conselho) _____

Paciente ou responsável _____

Testemunha 1 _____

Testemunha 2 _____