



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 riscos para realização de transplante hepático (receptor)

Eu, _____, portador(a) da cédula de identidade (RG) nº _____, concordo em me submeter a transplante hepático na condição de receptor(a) como opção de tratamento do meu quadro de **insuficiência hepática terminal**, uma doença, crônica grave e de caráter irreversível.

Diagnóstico etiológico (causa da minha insuficiência hepática) _____

Fui orientado 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) O transplante hepático é a única opção de tratamento da insuficiência hepática terminal, de alguns tipos de câncer, de algumas doenças metabólicas e de algumas situações de exceção, como adenomatose múltipla.
- 3) Fui informado(a) de que deverei realizar exames de imagem e laboratório e passarei por avaliações médicas e de outros profissionais da equipe antes de ser submetido ao transplante.
- 4) Para a realização do transplante, receberei anestesia geral. As complicações relacionadas à anestesia geral são raras e ocorrem em menos de 1% dos casos. As complicações anestésicas são mais frequentes em portadores de diabetes, hipertensão arterial grave, doença cardíaca e pulmonar.
- 5) As complicações cirúrgicas do transplante hepático podem se limitar ao fígado transplantado ou atingir outros órgãos. Podem variar desde desconforto causado por dor, confusão mental, inchaço, entre outros, que devem melhorar progressivamente; até complicações mais graves, que incluem sangramentos, infecções, obstruções das veias ou artérias do fígado transplantado, hipertensão, diabetes, e até mau funcionamento do enxerto que, dependendo do grau, poderá levar à necessidade de um novo transplante. Essa disfunção do enxerto pode ocorrer em 10% a 15% dos transplantes, com risco de óbito e necessidade de retransplante de urgência. Também existe o risco da doença causadora da insuficiência hepática que levou à necessidade de transplante recidivar, podendo provocar a perda tardia do enxerto. Nesse caso, deverei ser inscrito novamente na lista de transplante hepático.
- 6) O tempo médio de internação hospitalar é de quinze dias. No entanto, períodos maiores de internação podem ser necessários para tratamento adequado de complicações, rejeições e infecções.
- 7) Para prevenir a rejeição do fígado transplantado, receberei pelo resto da vida uma combinação de medicamentos imunossupressores. Esses medicamentos devem ser tomados diariamente conforme orientação da equipe médica. Esses medicamentos podem provocar efeitos colaterais que devem ser comunicados ao meu médico. São eles: diabetes, insuficiência renal, distúrbios neurológicos, aumento do risco de infecções e tumores malignos.
- 8) Essas medicações não podem ser substituídas ou alteradas sem a orientação do médico especialista e seu uso irregular ou descontinuado pode provocar rejeição e perda do fígado transplantado.
- 9) Orientações sobre os medicamentos, seus nomes e posologia serão claramente apresentados durante o período de internação, sendo fundamental seu pleno entendimento. As orientações serão repetidas até o completo entendimento por parte do paciente. As medicações imunossupressoras são distribuídas gratuitamente pela Secretaria de Saúde.



- 10) Após a alta hospitalar, deverei comparecer regularmente a todas as consultas médicas agendadas com a equipe de transplante.
- 11) Não é possível prever com exatidão a duração do funcionamento do fígado transplantado, podendo variar entre alguns dias e muitos anos.
- 12) Em decorrência da própria situação como transplantado ou de possíveis efeitos colaterais da medicação imunossupressora, podem ocorrer transtornos de humor, depressão, quadros psicóticos (raros) e sofrimento psíquico subjetivo.
- 13) Recebi da equipe uma cartilha contendo as orientações sobre o transplante e as estatísticas do Serviço de Transplante da BP - A Beneficência Portuguesa de São Paulo.
- 14) Por fim, declaro ter lido as informações, que todas as minhas dúvidas e questões foram esclarecidas por meio de linguagem clara, a qual entendi perfeitamente, decidindo conjuntamente com o meu médico pela realização do **Transplante Hepático**.

São Paulo, ____/____/____

Médico (nome e número do conselho) _____

Paciente ou responsável _____

