



ANEXO VIII
FORMULÁRIO V
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
DOADOR DE FÍGADO/ TRANSPLANTE "DOMINÓ"

Eu, _____ RG _____ ,

portador de polineuropatia amiloidótica familiar, de forma livre e esclarecida, AUTORIZO a equipe _____

do Hospital _____

a disponibilizar o meu fígado, após ter sido submetido a transplante hepático, para outro paciente que esteja em lista de transplante hepático com doador falecido, respeitando-se a Lei N° 9.434/97, e os critérios de alocação do referido órgão, na área de atuação da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos/ _____ .

Declaro, ainda, que fui instruído pelos médicos que me atendem e que estou ciente de que esta atitude não implicará prejuízo para minha saúde, nem interferirá tecnicamente na realização do meu transplante.

_____ / _____ / _____ _____
local dia mês ano Assinatura do doador

1) Testemunha

2) Testemunha

nome

nome

RG

RG

logradouro

logradouro

assinatura

assinatura



ANEXO VIII
FORMULÁRIO V
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
DOADOR DE FÍGADO/ TRANSPLANTE "DOMINÓ"

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

(a ser preenchido por um dos médicos da equipe de transplante) Certifico que expliquei por escrito e verbalmente, com detalhes, ao paciente _____

acima referido, portador de polineuropatia amiloidótica familiar, o procedimento de disponibilização de seu fígado para explantado para utilização em paciente em lista de espera para transplante de fígado, nos termos da legislação e normativas vigentes.

Respondi satisfatoriamente a todas as perguntas formuladas e considero que o paciente _____
compreendeu o que lhe foi explicado.

Nome do Médico _____ CRM _____

Nome do Responsável Técnico pela Equipe: _____

Assinatura do Médico

local

_____/_____/_____
mês ano