



ANEXO VIII
Formulário II
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - CRITÉRIOS EXPANDIDOS
Ingresso em Lista de Espera

Eu, _____
(nome do paciente)

estou ingressando em lista de espera para receber transplante de _____
(nome do órgão)

no Hospital _____ e aceito receber um _____
(nome do órgão)
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 à sobrevida geral, à do enxerto e complicações.

Caracterização do _____ classificado como CRITÉRIOS EXPANDIDOS que aceito receber
(nome do órgão)

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.

Paciente Responsável Grau de parentesco: _____

Assinatura Nome em letra de forma Identidade N°

A testemunha confirma que a assinatura é do Paciente Responsável

Assinatura da testemunha Nome em letra de forma Identidade N°

(Local) dia / mês / ano



ANEXO VIII
Formulário II
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - CRITÉRIOS EXPANDIDOS
Ingresso em Lista de Espera

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 ou a seu responsável, o procedimento de transplante _____
(tipo de transplante)
com órgão de 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.

Nome do Médico _____ CRM _____

Assinatura do Médico local _____ / _____ / _____
mês ano