**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TRANSPLANTE HEPÁTICO - RECEPTOR**

**Definição:** É um procedimento cirúrgico para remoção do fígado doente e substituição por um enxerto (outro fígado inteiro ou parte de um fígado na quantidade necessária) de um doador vivo aparentado (consanguíneo) ou não aparentado (não consanguíneo) ou doador falecido.

Declaro que:

1. Fui informado(a) que o transplante hepático é indicado para pacientes com quadro clínico de hepatopatias crônicas virais avançadas, hepatopatias alcoólicas, hepatites crônicas ativas autoimunes, cirrose biliar primária, colangite esclerosante primária, insuficiência hepática fulminante tumores hepáticos, atresia biliar, síndrome de Budd-Chiari, distúrbios genéticos do metabolismo (doença de Wilson, deficiência de alfa-1-antitripsina com cirrose hepática, deficiências de antitrombina III) e esquistossomose hepatoesplênica descompensada.
2. Recebi esclarecimentos que o transplante hepático possui contraindicações absolutas, tais como, infecções activas, metástases de um tumor maligno, holangiocarcinoma, SPID, doença cardiopulmonar descompensada. As contraindicações relativas são idade acima dos 60 anos ou menos de 2 anos, realizou uma derivação portocaval anterior, intervenção cirúrgica anterior no fígado e no trato biliar, trombose da veia porta, transplante repetido, transplante de múltiplos órgãos, obesidade, nível de creatinina é superior a 0,176 mmol / l (2 mg%), transplante de doador positivo para CMV para receptor negativo de CMV, lesão hepática distante
3. Estou ciente que, após o transplante hepático, podem ocorrer complicações cardiovasculares e cirúrgicas, que são inerentes ao procedimento, formação de coágulos na artéria ou veia renal, estreitamento da artéria renal, formação de linfocele (coleção líquida próxima ao transplante renal), formação de fístula urinária, obstrução do trato urinário, hematoma da loja renal, ruptura renal, ruptura da artéria renal, complicações infeciosas são frequentes e decorrem do uso permanente de imunossupressores, sendo as mais comuns, pneumonia, infecção urinária e infecção por citomegalovírus. Complicações vasculares ocorrem com mais frequência são angina, infarto, acidente cerebral isquêmico/hemorrágico e tromboses.
4. Estou ciente também que algumas destas complicações podem resultar em perda do rim transplantado.
5. Estou ciente que para resolução destas situações podem ser necessários procedimentos médicos invasivos diagnósticos e terapêuticos, tais como biópsia e cirurgia.
6. Estou ciente da necessidade do uso de medicamento imunossupressor contínuo para evitar a rejeição e de seus possíveis efeitos colaterais como diabetes, hipertensão arterial, dislipidemia e tumores. Se o fígado transplantado apresentar rejeição grave, trombose arterial, não funcionamento do órgão ou outra situação, sem chance de recuperação, será necessário outro transplante. Forneci também todas as informações sobre meu estado de saúde, doenças, medicações as quais sou alérgico e medicações das quais faço uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar, e que fui orientado quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.
7. Fui informado(a) que algumas doenças que levam ao transplante podem voltar no novo fígado implantado, como a hepatite B e C, hepatite autoimune, colangite esclerosante primária, entre outras. O controle da rejeição, de complicações ligadas a medicação e o diagnóstico de eventual retorno da doença no fígado são feitos nas consultas após o transplante.
8. Me foi informado(a) que após a realização do transplante hepático é recomendado não consumir bebidas alcoólicas e não realizar esforços, bem como que me foi esclarecido que a atividade física deve ser leve e indicada por um profissional de educação física, e a alimentação deve ser o mais saudável possível.
9. Foram observadas todas as orientações necessárias para o procedimento, bem como foram fornecidas as informações sobre o estado de saúde do(a) paciente, incluindo doenças, medicações as quais apresentou alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, **sem nada ocultar**, tendo recebido orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.
10. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas de maneira satisfatória. Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis de acontecer neste procedimento/tratamento, mas apenas os mais frequentes.
11. Li, recebi esclarecimentos e de forma compreensível pelo médico assistente e equipe, incluindo o direito de revogação do consentimento dado, desde que seja feito antes do início da realização do procedimento proposto.

Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, **AUTORIZO** a realização de transplante hepático. Afirmo ainda que o presente termo integrará o prontuário médico, na hipótese de realização do procedimento/tratamento durante a internação hospitalar.

Local e data.

|  |
| --- |
| **Preenchimento Obrigatório pelo Paciente ou Representante legal** |

Nome legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_      Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grau de Parentesco ou vínculo: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(obrigatório nos casos de representação):*

|  |
| --- |
| **Preenchimento Obrigatório pelo Médico** |

Expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do Médico

|  |  |
| --- | --- |
| **Testemunhas:** |  |

Nome legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Revogação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_, às \_\_\_\_horas e \_\_\_\_minutos.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Paciente ou Representante Legal