**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA COLETA DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOIÉTICAS (CÉLULA-TRONCO) DA MEDULA ÓSSEA -DOADOR AUTÓLOGO**

**Definição:** É um procedimento para coleta de células-tronco localizadas na medula óssea do próprio paciente a ser submetido ao transplante. ​As células-tronco podem ser obtidas da medula, do sangue periférico ou do cordão umbilical. Após ser aspirada, a medula óssea é filtrada para remover fragmentos de osso ou tecido e é colocada em uma bolsa que será transfundida no receptor (paciente) através de um acesso venoso.

Declaro que:

1. Fui informado(a) que a coleta de células progenitoras hematopoiéticas da medula óssea é indicada para o tratamento de inúmeras doenças do sangue, benignas ou malignas, hereditárias ou adquiridas ao longo da vida.
2. Fui esclarecido(a) que, por se tratar de um exame invasivo, podem ocorrer complicações, tais como, diminuição do cálcio plasmático, ocasionando formigamento, espasmos, contraturas musculares, arritmia cardíaca (raramente), diminuição na pressão arterial, reações alérgicas como coriza, prurido, manchas avermelhadas pelo corpo, queda do nível de hemoglobina e da contagem de plaquetas e hematoma ou queixa de dor discreta no local da punção óssea.
3. Me foi esclarecido(a) que, para realizar a coleta, será necessário o emprego de anestesia, cujo métodos, técnicas e fármacos serão indicados pelo médico anestesia, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas.
4. Estou ciente que, em conformidade com a RDC 214, de 07/02/2018, o sangue do doador será submetido aos testes para detecção de doenças transmissíveis, como: hepatite B, hepatite C, HIV, doença de chagas, sífilis e HTLV I e II, além de tipagem sanguínea e outros testes para detecção de citomegalovírus e gravidez (quando aplicável), assim como, o fornecimento de informações sobre a saúde do doador para a equipe de transplante, procedimentos que ficam desde já autorizados.
5. Estou ciente que pode ocorrer a convocação para consulta com finalidade de orientação e confirmação de resultados e que um resultado de exame positivo não significa que esteja necessariamente doente.
6. Estou ciente que, se necessário, as células colhidas da minha medula óssea podem ser congeladas e estocadas para utilização posterior.
7. Compreendo que embora sejam utilizados todos os cuidados e técnicas previstas cientificamente, intercorrências (fatos adversos) poderão ocorrer. Portanto, fica o(a) médico(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.
8. 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.
9. 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.
10. 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 (a) coleta de células progenitoras hematopoiéticas da medula óssea. 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