**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** **PARA COLETA DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOIÉTICAS (CÉLULA-TRONCO) DE SANGUE PERIFÉRICO POR AFÉRESE - DOADOR AUTÓLOGO**

**Definição:** entende-se por aférese, a obtenção de determinado componente do sangue de doador único, utilizando equipamento específico (máquina processadora de aférese), no qual é instalado um conjunto de bolsas estéreis, com retorno dos hemocomponentes remanescentes à corrente sanguínea.

Declaro que:

1. Fui cientificado(a) que a realização de aférese para coleta de células progenitoras somente acontece quando o paciente preenche a todos os requisitos exigidos e segundo as normas técnicas, definidos pela legislação vigente.
2. Fui esclarecido(a) que a data para início das coletas será definida pelo meu médico e/ou de acordo com a dosagem das células progenitoras no sangue periférico. Também fui informado que o número de sessões e o rendimento de cada coleta variam de acordo com cada paciente, e o resultado obtido será informado ao meu médico, que tomará a decisão de realizar novas coletas quando for necessário.
3. Fui informado(a) que as células coletadas serão submetidas a processamento para congelamento, para infusão em data e quantidade a serem determinadas pela equipe médica do paciente.
4. Estou ciente que poderá ser necessária instalação de um cateter central (dispositivo utilizado para acessar veias calibrosas e centrais) de acordo com a indicação da minha equipe médica assistente.
5. Fui esclarecido(a) que uma solução anticoagulante (citrato de sódio) é utilizada, para evitar que o sangue coagule no circuito extracorpóreo, sendo que uma parte dessa solução retorna para o paciente junto com o sangue, podendo ocasionar diminuição do cálcio plasmático, ocasionando formigamentos, espasmos musculares, náusea. Muito raramente podem haver diminuição na pressão arterial e arritmia cardíaca, cuja ocorrência não é comum nas aféreses, desse modo, desde já autorizo sejam realizados os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas utilizando-se de todos os recursos disponíveis na Instituição.
6. 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.
7. 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.
8. 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 coleta de células progenitoras periféricas por aférese para transplante Autólogo. 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