# **FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PACIENTES QUE RECEBEM ÓRGÃOS DE DOADORES COVID-19 POSITIVOS**

Eu, abaixo-assinado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Candidato(a) a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro que fui totalmente informado pelo Dr(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sobre o seguinte:

**Para aumentar minhas chances de receber um transplante, os médicos da Equipe de Transplantes me deram a opção de receber um órgão de um doador que tenha contraído o vírus SARS-CoV-2, responsável pela doença chamada COVID-19.**

Fui informado(a) em detalhes que alguns critérios para o aceite do doador com COVID-19 foram definidos, elaborados pelo Sistema Nacional de Transplante (SNT) – Ministério da Saúde - Brasil, com o apoio dos especialistas de transplantes e especialistas de infecção em transplante, e a aprovação da Sociedade Brasileira de Transplantes (ABTO), seguindo as diretrizes da Nota Técnica do CGSNT/DAET/DAES/Ministério da Saúde número 24/2022.

Fui informado(a) que os critérios de aceite dos doadores de órgãos são compartilhados por todos os Centros de Transplante Brasileiros. Fui informado(a) também que a avaliação do doador para o meu transplante foi analisada pelos médicos do Serviço de Transplante, que decidiram prosseguir com o aceite do doador, se houver a minha concordância, baseado em:

* As experiências preliminares realizadas em centros de transplantes de outros países com a utilização de órgãos de doadores com infecção por SARS-CoV-2, seguindo os critérios adotados pelo SNT e pela ABTO, não resultou em consequências adversas para os receptores.
* Os médicos do centro de transplante acreditam que, devido ao meu quadro clínico, os riscos de minha permanência na lista são maiores do que aqueles, conhecidos até agora, da possível transmissão de SARS-CoV- 2 do doador.

Eu fui informado(a) de que, até o momento, não existem casos registrados de transmissão do SARS-CoV-2 por transplante de órgãos exceto pulmão realizados nas mesmas condições, mas que esse risco teórico de transmissão não pode ser completamente afastado neste momento.

Também fui informado(a) de que, até o momento, não se conhece o real impacto do uso de órgãos de doadores com infecção pelo SARS-CoV-2 na evolução do enxerto e do receptor. Até o momento, no entanto, o uso desses órgãos mostra boa evolução do enxerto e do receptor, semelhante aos casos de transplante com órgãos de doadores sem infecção pelo SARS-CoV-2.

Para verificar a segurança do transplante, você será submetido a verificações específicas no momento do transplante para avaliar a presença ou não de infecção pelo SARS-CoV-2, e após o transplante se necessário.

Tendo reconhecido todo o exposto, eu, abaixo assinado(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nascido em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, candidado(a) a transplante de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome do Centro de Transplante), declaro que minha assinatura registrada hoje indica que recebi todas as informações e que entendi o que me foi explicado pelo Dr.(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Por isso declaro que:

( ) ACEITO ( ) NÃO ACEITO

receber transplante de órgão de doador com infecção ativa por SARS-CoV-2 e submeter-me a verificações específicas da infeção pelo SARS-CoV-2 no momento do transplante e após o transplante quando necessário, em acordo com as recomendações do Sistema Nacional de Transplante e dos Centros de Transplante.

DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

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

Assinatura do Paciente Assinatura do Médico