



| | | |
|---|--|---|
|  | Termo de Ciência e Consentimento – Doador com risco acrescido – Paciente/Receptor |  |
| | | CCD: 330 |

Local e data: _____ / ____ / ____

Eu, _____ nascido(a)
em ____/____/____ CPF: _____ ☐ receptor ou ☐ responsável legal pelo
paciente _____

nascido(a) em ____/____/____ CPF: _____ declaro ter ciência da situação de
risco oferecida pelo ☐ transplante com células progenitoras hematopoéticas do sangue periférico
ou com a ☐ infusão de linfócitos coletado do meu doador(a) _____
_____, nascido(a) em ____/____/____

CPF: _____ devido a:

☐ situação(ões) ou comportamento(s) vivenciados pelo(a) doador(a) que acarretam risco
acrescido para transmissão de doenças infectocontagiosas para mim.

☐ sorologia alterada para: _____.

Declaro ainda que a equipe médica responsável pelo meu tratamento/tratamento do paciente pelo
qual sou responsável está ciente destes riscos e, após a avaliação de todas as outras opções de
tratamento, da ponderação cuidadosa sobre os benefícios e os riscos do uso deste produto em
particular ou de outro produto (se disponível), foi optado pela utilização terapêutica deste produto
considerado inelegível pelas normas técnicas em vigor devido a minha doença e à fase do meu
tratamento, o que caracteriza uma necessidade médica urgente. Sendo assim, informo que
concordo com o prosseguimento do transplante utilizando este produto.

Assinatura do receptor ou do seu responsável legal

Responsável pela obtenção do termo (assinatura e carimbo): _____

Testemunha 1: _____

Testemunha 2: _____

Obs.: A assinatura de pelo menos 1, idealmente 2 testemunhas é desejável em todos os casos e obrigatória se doador ou responsável legal for analfabeto.