

CONSENTIMENTO DE FAMILIARES PARA A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E DE TECIDOS

Etiqueta de paciente:

1. Com a sua assinatura, confirma que foi plenamente informado(a) acerca do diagnóstico e prognóstico do(a) paciente supracitado(a) e que compreendeu as respetivas informações.
2. Com a sua assinatura, confirma que todas as medidas médicas preparatórias necessárias para uma dádiva de órgãos lhe foram esclarecidas.
3. A realização da dádiva de órgãos e de tecidos corresponde à vontade presumível do(a) paciente supracitado(a).

Você aprova a colheita e respetivas medidas médicas preparatórias a ela associadas dos seguintes órgãos e tecidos, após a confirmação da morte, em conformidade com as diretivas da SAMW (Academia Suíça de Ciências Médicas)

- a) Quaisquer órgãos e tecidos:
- b) Órgãos e tecidos específicos:
- Coração Pulmão Fígado Pâncreas
- Rins Intestino delgado Válvulas cardíacas e vasos sanguíneos Córnea
- Outros tecidos e células: _____ Esclerótica

Fins de investigação

Caso, por motivos médicos, não seja possível um transplante, os órgãos, tecidos e células colhidos poderão ser utilizados para fins de investigação (apenas para estudos que tenham sido aprovados por uma comissão de ética e pela Swisstransplant/CNDO – notificação à Swisstransplant dentro de 7 dias após uma colheita dos órgãos, tecidos, células utilizados).

- Sim Não

Caso existam órgãos/tecidos/células que, por motivos médicos, não possam ser transplantados e que sejam autorizados para um projeto de investigação aprovado, deve preencher-se o formulário adicional «Verwendung Organe/Gewebe/Zellen zu Forschungszwecken» («Utilização de órgãos/tecidos/células para fins de investigação», disponível em alemão, francês, italiano e inglês).

CONSENTIMENTO DE FAMILIARES OU DE UM REPRESENTANTE DO(A) PACIENTE

Com a assinatura, confirma-se:

- que o presente documento foi lido e entendido.
- que a dádiva de órgãos e de tecidos lhe foi plenamente esclarecida.
- que lhe foi dada a possibilidade de colocar questões e que estas foram satisfatoriamente respondidas.

Apelido/ Nome próprio:	Designação do familiar:
Local/Data:	Assinatura:

PLEASE TURN OVER

CONFIRMATION BY MEDICAL PROFESSIONAL

By signing this document, you confirm

- that the next of kin have been fully informed about the diagnosis and prognosis of the patient.
- that the medical preparations necessary for organ and tissue donation have been explained to the next of kin.
- that the next of kin have been informed about the necessary examinations, the process and the different removal techniques for organ and tissue donation.

The consultation took place: In person

By phone

Date: _____ Name of next of kin: _____

Last name/first name:

Place/date: **Signature:**