

	INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA				
	CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS TORÁCICOS				
Proposto por: Área de Enfermagem de ICC e Transplante Área de ICC e Transplante		Verificado por: Núcleo Normativo		Aprovado por: Coordenação Assistencial	
Tipo de documento: POP	Código do POP: POP.TX.003	Início da vigência: 08/03/2024	Próxima revisão: 07/03/2026	Versão: 0	Página: 1 de 21

CONSULTA DE ENFERMAGEM EM TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS TORÁCICOS

	CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS TORÁCICOS	Código da Norma:	POP.TX.003
		Revisão:	0
		Página:	2 de 21

1 OBJETIVO

Padronizar a consulta de enfermagem, trabalhar a educação em saúde e o cuidado no atendimento dos pacientes candidatos e receptores de coração e/ou pulmão.

2 GLOSSÁRIO

SNT - Sistema Nacional de Transplantes

3 RESPONSABILIDADES

CARGOS	ATIVIDADE
Médico Pneumologista ou Médico Cardiologista	- Encaminhar o paciente para a consulta de enfermagem; - Realizar em conjunto com o enfermeiro (a) a inscrição do paciente no SNT.
Enfermeiro (a)	- Realizar consultas individuais; - Registrar toda consulta em impresso próprio; - Realizar anamnese e exame físico do paciente; - Entrevistar paciente e cuidadores quanto às condições de saúde e moradia; - Realizar prescrição de cuidados; - Encaminhar o paciente aos Serviços de: Nutrição, Serviço Social e demais serviços; - Dar seguimento ao <i>CHECK LIST</i> PARA O TRANSPLANTE PULMONAR ou <i>CHECK LIST</i> PARA O TRANSPLANTE Cardíaco; - Checar exames realizados e verificar possíveis pendências; - Avaliar se houve aderência ao tratamento; - Reforçar a orientação do paciente e familiar; - Agendar com os membros da família o início do treinamento dos cuidadores; - Fornecer o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinatura na presença de familiar responsável;

	CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS TORÁCICOS	Código da Norma:	POP.TX.003
		Revisão:	0
		Página:	3 de 21

	Realizar em conjunto com o médico a inscrição do paciente no Sistema Nacional de Transplantes (SNT);
--	--

4 PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM

- 4.1 O **médico pneumologista ou médico cardiologista** deve encaminhar o paciente para a consulta de enfermagem, após a primeira consulta médica;
- 4.2 O **enfermeiro (a)** deve realizar as consultas individuais;
- 4.3 Realizar anamnese do paciente;
- 4.4 Realizar exame físico do paciente;
- 4.5 Entrevistar paciente e cuidadores quanto às condições de saúde/moradia;
- 4.6 Realizar prescrição de cuidados a serem desenvolvidos em casa;
- 4.1 Registrar a consulta no Formulário de avaliação de enfermagem pré-transplante de órgãos torácicos (Anexo I);
- 4.2 Encaminhar o paciente aos Serviços de: Nutrição, Serviço Social e demais serviços identificados como necessários.

5 CONSULTA DE ENFERMAGEM – SEGUIMENTO AMBULATORIAL

- 5.1 O **enfermeiro (a)** deve registrar a consulta no Formulário de avaliação de enfermagem pré-transplante de órgãos torácicos (Anexo I)
- 5.2 Realizar exame físico do paciente;
- 5.3 Dar seguimento ao *Check list* para o transplante pulmonar (Anexo II) ou *Check list* para o transplante Cardíaco (Anexo III) aberto pelo pneumologista ou cardiologista;
- 5.4 Checar exames realizados;
- 5.5 Reforçar pendências de exames;
- 5.6 Avaliar se houve aderência ao tratamento;
- 5.7 Fazer encaminhamentos para os Serviços de Nutrição, Serviço Social, Saúde Mental e demais serviços necessários.

	CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS TORÁCICOS	Código da Norma:	POP.TX.003
		Revisão:	0
		Página:	4 de 21

- 5.8 Reforçar a orientação ao paciente e familiares, apresentados como cuidadores, focando nas dúvidas apresentadas;
- 5.9 Solicitar indicação de 02 membros da família para iniciar o treinamento dos cuidadores;
- 5.10 Agendar com os membros da família o início do treinamento dos cuidadores.

6 DEMAIS CONSULTAS DE ENFERMAGEM – SEGUIMENTO AMBULATORIAL

- 6.1 O enfermeiro (a) deve checar os encaminhamentos dos pareceres;
- 6.2 Reforçar a orientação do paciente e familiar apresentado como cuidadores;
- 6.3 Sanar dúvidas apresentadas;
- 6.4 Dar seguimento ao *Check list* para o transplante pulmonar (Anexo II) ou *Check list* para o transplante Cardíaco (Anexo III) aberto pelo pneumologista / cardiologista;
- 6.5 Checar exames realizados;
- 6.6 Reforçar pendências de exames.

7 CONSULTA DE ENFERMAGEM – SEGUIMENTO AMBULATORIAL

- 7.1 O enfermeiro (a) deve perguntar ao paciente e familiar sobre o que foi entendido e se tem dúvidas;
- 7.2 Fornecer orientações preliminares sobre a doença, o tratamento e o procedimento cirúrgico proposto (se já tiver participado de grupo educativo e/ou alguma orientação prévia, proceder *feedback*) além das orientações gerais como: higiene básica, cuidados com o ambiente, cuidados com a pele (uso de filtro solar e evitar se expor ao sol nos horários de 10 as16h), sexo seguro (uso de preservativo nas relações sexuais), cuidados com a água e alimentos ingeridos (rotina da nutrição), cuidados odontológicos e solicitar pareceres referente a saúde da mulher e saúde do homem;
- 7.3 Verificar documentação e *Check list* para o transplante pulmonar (Anexo II) ou *Check list* para o transplante Cardíaco (Anexo III);
- 7.4 Rever os pareceres dos profissionais sobre aptidão do paciente para inscrição em fila de transplante;

	CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS TORÁCICOS	Código da Norma:	POP.TX.003
		Revisão:	0
		Página:	5 de 21

7.5 Fornecer o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo IV) para assinatura na presença de familiar responsável, uma vez considerado apto após discussão em reunião com equipe multidisciplinar.

8 LISTAGEM DO PACIENTE EM FILA DE TRANSPLANTE

8.1 O **médico e o enfermeiro** devem realizar em conjunto a inscrição do paciente no Sistema Nacional de Transplantes (SNT).

9 AGENDAMENTO DE RETORNO PACIENTE LISTADO

9.1 O **enfermeiro (a)** deve solicitar o agendamento de consulta de enfermagem trimestral para paciente listado em acompanhamento ambulatorial.

10 ESTRATÉGIAS PARA REALIZAÇÃO DAS CONSULTAS DE ENFERMAGEM

10.1 O **enfermeiro** deve estimular a participação dos profissionais em grupos de estudo e/ou pesquisa;

10.2 Realizar análise dos dados obtidos através de anamnese durante os atendimentos;

10.3 Realizar busca ativa dos faltosos através da planilha de faltosos no ambulatório;

10.4 Encaminhar para imunização os familiares contactantes e pacientes em preparo para transplante;

10.5 Realizar reuniões técnico-científicas semanais/quinzenais com os profissionais envolvidos no programa;

10.6 Realizar parceria com serviços de reabilitação, tabagismo, obesidade/emagrecimento e outros ambulatórios, como dermatologia e ginecologia, urologia e odontologia.

11 OBSERVAÇÕES

11.1 Os grupos educativos serão realizados com pacientes e familiares. Estes deverão participar obrigatoriamente antes de serem listados para transplante. Os temas que serão abordados são: controle da ingestão de sódio; controle da ingestão de líquidos; controle

	CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS TORÁCICOS	Código da Norma:	POP.TX.003
		Revisão:	0
		Página:	6 de 21

rotineiro do peso corporal; controle rotineiro dos perímetros de tornozelo; estímulo ao uso racional dos medicamentos (explicada a função, o mecanismo de ação e os efeitos adversos de cada fármaco); estímulo ao comparecimento às consultas e outras atividades agendadas; estímulo e/ou adaptação à atividade laborativa; desencorajamento do tabagismo e da dependência química; estímulo à realização de atividades aeróbicas; estímulo ao alcance do IMC saudável e estímulo a vida prazerosa e de qualidade. Incentivo à adesão ao programa de reabilitação.

12 REFERÊNCIAS NORMATIVAS

Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos: <https://site.abto.org.br/>

Sociedade Internacional Transplante de Pulmão e Coração: <https://www.isHLT.org/>

3ª Diretriz Brasileira de transplante cardíaco-2018: **DOI:** [10.5935/abc.20180153](https://doi.org/10.5935/abc.20180153)

PROGRAMA EINSTEIN TRANSPLANTES: Manual de Orientação para Profissionais de Saúde/2023

13 RELAÇÃO DE ANEXOS

ANEXO I - Formulário de avaliação de enfermagem pré-transplante de órgãos torácicos

ANEXO II - *Check list* para o transplante pulmonar

ANEXO III - *Check list* para o transplante cardíaco

ANEXO IV - Termo de Consentimento Pulmonar

ANEXO V – Termo de Consentimento Cardíaco

ANEXO VI - Formulário de avaliação de enfermagem pós-transplante de órgãos torácicos

	CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS TORÁCICOS	Código da Norma:	POP.TX.003
		Revisão:	0
		Página:	7 de 21

ANEXO I

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM PRÉ-TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS TORÁCICOS

Data da Consulta: ____/____/____		Procedência:	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome:			Prontuário:
Data de Nascimento: ____/____/____	Alergias: ☐ Sim ☐ Não	Se sim, quais?	
Idade:	Gênero:	Estado civil:	
Naturalidade:		Nacionalidade:	
Endereço residencial:			
Religião:		Tel:	Celular:
Profissão/Ocupação:		Trabalha atualmente? ☐ Sim ☐ Não	
ANAMNESE			
Diagnóstico Clínico:			
Queixa Principal:			
História Patológica Pregressa:			
Comorbidades: ☐ DM ☐ HAS ☐ Obesidade ☐ Hipertensão pulmonar ☐ Outros			
Antecedentes Familiares:			
Peso (Kg):	Altura (m):	IMC:	
Etilismo: ☐ Não ☐ Ex-etilista ☐ Etilista	Tabagismo: ☐ Não ☐ Ex-tabagista ☐ Tabagista. Maços:		
SINAIS VITAIS			
PA: _____ mmHg	FC: _____ bpm	FR: _____ irpm	Tax: _____ °C SatO ₂ : _____
AVALIAÇÃO DA RESIDÊNCIA			
Com quem mora:		Tipo de moradia:	
Exposições da Residência: ☐ Mofo ☐ Umidade ☐ Arejada ☐ Sem exposições			
AVALIAÇÃO DOS CUIDADORES			
Grau de parentesco: _____	Cuidador Trabalha: ☐ Sim ☐ Não	Disponibilidade?	
MEIOS DE TRANSPORTE			
Próprio: ☐ Sim ☐ Não	Coletivo: ☐ Sim ☐ Não	Particular individual: ☐ Sim ☐ Não	
RELACIONAMENTO COM A FAMÍLIA			
É o provedor financeiro? ☐ Sim ☐ Não	Tem filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se sim, quantos?	
TFD? ☐ Sim ☐ Não		Convênio Saúde? ☐ Sim ☐ Não	
ATITUDES INDIVIDUAIS			
Como Toma as medicações?			
Sabe reconhecer e preparar os seus medicamentos? ☐ Sim ☐ Não		Quem prepara os medicamentos?	

	CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS TORÁCICOS	Código da Norma:	POP.TX.003
		Revisão:	0
		Página:	8 de 21

Transfusões sanguíneas prévias? ☐ Sim ☐ Não		Se sim, quando?	
Em relação às últimas 4 semanas, você se lembra de ter deixado de tomar uma ou mais doses dos medicamentos imunossupressores ou demais medicamentos? ☐ Sim ☐ Não			
Você alterou a dose de algum medicamento sem orientação médica? ☐ Sim ☐ Não			
Neste último ano, você parou completamente de tomar algum dos medicamentos sem orientação médica? ☐ Sim ☐ Não			
EXAMES COMPLEMENTARES			
☐ ECO ☐ PFP:			
Medicações em uso:			
VACINAS			
Vacina	Data	Situação	Vacina
Anti hep A			PNM 23
Anti hep B			PNM 13 (maiores de 50anos)
DT			COVID 19
Gripe sazonal paciente			
Gripe sazonal contatos			
ADESÃO AOS COMPORTAMENTOS DE SAÚDE			
Realiza atividade física? ☐ Sim ☐ Não		Se sim, quantas vezes?	
Fica exposto no sol entre as 10h e às 16h? ☐ Sim ☐ Não		Utiliza protetor solar rotineiramente? ☐ Sim ☐ Não	
Precisa seguir alguma dieta específica? ☐ Sim ☐ Não		Compareceu as últimas 5 consultas agendadas? ☐ Sim ☐ Não	
BARREIRAS			
Esta apresentando algum efeito colateral dos medicamentos: ☐ Sim ☐ Não		Se sim, Qual?	
Qualidade do sono (0 a 10):		Fica sonolento durante o dia? ☐ Sim ☐ Não	Se, sim de (0-10):
Limitações às atividades/ dificuldade no autocuidado? ☐ Sim ☐ Não		Quais? ☐ Alimentação ☐ Higiene ☐ Banho ☐ Atividade sexual ☐ Marcha ☐ Trabalho	
Você sente dor? ☐ Sim ☐ Não		Você se sente estressado? ☐ Sim ☐ Não	
Dê uma nota para a sua qualidade de vida na última semana de 0 a 10, sendo 0 a pior qualidade de vida imaginável e 10 a mais perfeita. Resposta:			
METAS ESTABELECIDAS COM O PACIENTE			
Oxigênio ☐ Sim ☐ Não _____ Litros	Oxigênio de transporte: ☐ Sim ☐ Não	Tem cilindro: ☐ Sim ☐ Não	
ENCAMINHAMENTOS MULTIPROFISSIONAIS			
Nutricionista: ☐ Sim ☐ Não		Saúde Mental: ☐ Sim ☐ Não	
Serviço Social: ☐ Sim ☐ Não		☐ Outros:	

Assinatura e carimbo do enfermeiro responsável pela avaliação

ANEXO II
CHECK LIST PARA O TRANSPLANTE PULMONAR

NOME			PRONTUÁRIO
	SOLICITADO	REALIZADO	RESULTADO
EXAMES SANGUE			
Hemograma Completo			
Coagulograma			
VHS			
Fibrinogênio			
Tipagem sanguínea ABO			
Glicose			
Uréia			
Creatinina			
Na/ k/Cl/ Mg			
Bilirrubinas totais e fração			
TGO			
TGP			
Fosfatase Alcalina			
Gama GT			
LDH			
Amilase			
Lipase			
Proteínas Totais e Frações			
Perfil Lipídico Completo			
EXAMES ESPECÍFICOS			
RX Tórax			
TC tórax (Repetir com 01ano em caso de monitoramento de nódulos e outras lesões)			
TC Seios Paranasais			
Espirometria/Prova de Função Pulmonar (repetir com 03-06meses)			
Gasometria Arterial (ar ambiente)			
Cintilografia Pulmonar Perfusional Quantitativa			
Teste de caminhada (repetir com 01 ano)			
Painel Imunológico			
PRA (repetir com 06meses)			
Tipagem HLA			
Exames de Escarro (repetir 3-6meses)			
Bacterioscopia			
Cultura para germes comuns			
Cultura para Micobacterias			

Cultura de Fungos			
SOROLOGIAS			
REPETIR A CADA 6M			
Toxoplasmose IgG			
EBV (IgG anti VCA)			
Herpes Simplex Virus 1 e 2 IgG			
Hepatite A (IgG)			
Hepatite B (HbsAG, Anti HBc – IgG e IgM. Anti- HBS			
Hepatite C			
Anti-HIV 1e 2			
Chagas (02 métodos)			
Anti- HTLV I e II			
Varicela Zoster IgG			
CMV			
Sífilis/VDRL			
Quimiluminescência			
Sarampo IgG (Elisa)			
Exames de Urina			
EAS			
URC			
Clearance de Creatinina urina 24h			
EXAMES DE FEZES			
Parasitológico			
Fazer Ivermectina			
DENSITOMETRIA ÓSSEA (REPETIR 01 ANO)			
AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA			
ECG			
Ecocardiograma (repetir com 01 ano no caso de HP PAP ou PSAP>50mmHg)			
Cateterismo Direito			
Coronariografia (a critério médico)			
PARECERES			
Enfermagem			
Fisioterapia			
Nutrição			
Psicologia			
Odontologia			
Serviço Social			

	CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS TORÁCICOS	Código da Norma:	POP.TX.003
		Revisão:	0
		Página:	12 de 21

ANEXO III
CHECK LIST PARA O TRANSPLANTE CARDÍACO

NOME:		PRONTUÁRIO:	
EXAMES	SOLICITADO	REALIZADO	RESULTADO
Hemograma Completo			
ABO E Rh			
Vhs			
Fibrinogênio			
Coagulograma Completo			
Eletrólitos (Na/K/Mg/Cl/Ca)			
Glicemia			
Uréia			
Creatinina			
Ac. Urico			
Lipidograma Completo			
Clearence E Proteinúria De 24 Horas			
Bilirubinas Total E Frações			
Amilase			
Lipase			
Fosfatase Alcalina			
Gama GT			
TGO			
TGP			
Proteínas totais e frações			
TSH			
T4 livre			
PSA total			
PSA livre			
BNP			
PCRt			
EXAMES ESPECÍFICOS			
Raio X de tórax			
Raio X de esôfago (para chagásicos)			
ECG			
EAS			
EPF			
Ergoespiometria			
Ecocardiograma			
Coronariografia			
Vasoreatividade			

CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS TORÁCICOS

Código da
Norma:

POP.TX.003

Revisão:

0

Página:

13 de 21

EXAMES	SOLICITADO	REALIZADO	RESULTADO
Doppler de Carótidas e vertebrais			
Doppler arterial de MMII			
PFR (tabagista)			
USG abdome			
USG próstata (H >45 anos)			
Preventivo (M >45 anos)			
USG pélvica (M >45 anos)			
Mamografia (M >45 anos)			
SOROLOGIAS			
Hepatite A - IgG			
Hepatite B - HBsAg, Anti HBC IgM e IgG			
Hepatite C - anti HCV			
VDRL			
Toxoplasmose			
CMV			
HTLV 1 e 2			
HIV			
Varicela			
Chagas (pedir PCR se for chagásico)			
Rubéola (M em idade fértil)			
PPD			
PRA			
PARECERES			
Odontologia			
Hemoterapia			
Saúde Mental			
Nutrição			
Serviço Social			
Enfermagem / VD			
Uro e GO (parceiros)			
VACINAS			
Hep B (soro- negativos)			
Hep A (soro- negativos)			
PNM			
DT			
Influenza (receptor e contatos)			
Varicela (soro- negativos)			
Hemófilos B (crianças)			
Pólio (receptor criança e familiar)			

	CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS TORÁCICOS	Código da Norma:	POP.TX.003
		Revisão:	0
		Página:	14 de 21

ANEXO IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TRANSPLANTE PULMONAR

Por este instrumento, eu _____ (Nome do paciente)
 _____ identidade nº _____, junto ao/a
 _____ (Nome do responsável indicado pelo paciente),
 _____ identidade nº _____, declaro que:

- 1) Fui informado(a) que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões) e diagnóstico(s): _____. Eu tive todas as perguntas respondidas sobre tais alterações e diagnósticos, entendendo assim que é sério o suficiente para considerarmos um **transplante pulmonar**.
- 2) Recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, também fui informado(a) sobre os riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s);
- 3) Estou ciente de que durante o transplante pulmonar poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticada(s) pelo(s) exame(s) acima referido(s), assim como também poderá(ão) ocorrer situação(ões) imprevisível(eis);
- 4) Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios. Além disso, as principais complicações associadas especificamente ao transplante pulmonar são as seguintes:
 - Os riscos de uma cirurgia torácica aberta, incluindo o risco de morte, dano cerebral ou dano a outro órgão tal como o rim, fígado, coração, cérebro e ao próprio pulmão implantado;
 - A necessidade de transfusão de sangue durante a cirurgia com risco de reação ao mesmo;
 - Os riscos de dano ao novo órgão pelo organismo do paciente, que pode rejeitar este novo pulmão;
 - Os riscos das medicações imunossupressoras necessárias para prevenir rejeição ao novo pulmão, incluindo: risco aumentado de infecção, risco aumentado de câncer após vários anos dessas medicações, potencial toxicidade renal, aumento na pressão arterial, edema, acne, menstruação irregular, convulsões, diarreia, vômito, dor abdominal, depressão da medula óssea, fibrose pulmonar, diabetes, dislipidemia, depressão, alucinações nos primeiros dias pós-cirurgia, osteoporose, fraqueza muscular e distúrbio eletrolíticos;
 - Sobrevida: Mesmo usando os imunossupressores de forma adequada, a sobrevida média pós-transplante pulmonar é de até 85% no 1º ano, 67% aos três anos e 55% aos cinco anos (dados internacionais- ISHLT). De 69% no 1º ano, 59% aos três anos e 51% aos cinco anos (dados do Brasil - ABTO);
 - Pode haver também riscos adicionais que são ainda desconhecidos para nós.

	CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS TORÁCICOS	Código da Norma:	POP.TX.003
		Revisão:	0
		Página:	15 de 21

PACIENTE: _____

PRONTUÁRIO: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

- 7) Estou ciente que fui previamente informado da necessidade de realização de fisioterapia cardiorrespiratória como condição para indicação e preparo, bem como após o procedimento, e que recebi da equipe multidisciplinar as informações acerca do meu estado de saúde funcional, bem como declaro, também, que recebi desta todos os esclarecimentos necessários no que se refere ao diagnóstico fisioterapêutico e/ou os objetivos da assistência fisioterapêutica para o tratamento ao qual irei me submeter de forma clara acerca da finalidade, riscos e benefícios de referido tratamento, bem como dos efeitos colaterais e outras anormalidades e intercorrências que poderão advir do mesmo.
- 8) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista.
- 9) Quando perguntado, não omiti informações relacionadas ao estado de saúde ou hábitos que poderiam influenciar o ato anestésico-cirúrgico.
- 10) Me comprometo a seguir as orientações da equipe, antes, durante e após o procedimento.
- 11) Tive a oportunidade de esclarecer todas as dúvidas relativas ao transplante pulmonar após ter lido e compreendido todas as informações deste documento antes de sua assinatura e entendo que posso mudar de ideia a qualquer momento até a hora da cirurgia. Entendo também que a condição clínica do paciente pode mudar, fazendo com que ele não mais seja um candidato ao transplante e que serei informado disso caso ocorra.
- 12) Junto ao consentimento para a cirurgia estará a minha aprovação, desde que garanta o anonimato, para estudos científicos referente a descrição de casos clínicos com apresentação em eventos científicos e publicação de artigos científicos, visando melhorar a qualidade de vida dos transplantados.
- 13) Na eventual disponibilização do órgão, estou ciente que deverei me deslocar imediatamente para o centro transplantador, caso não possa comparecer, o órgão será disponibilizado ao próximo paciente compatível em fila, sem prejuízo para minha atual posição.
- 14) Recebi as orientações quanto à organização e funcionamento do Sistema Nacional de Transplante e do Programa Estadual de Transplante, no que se refere a organização e distribuição de órgãos tal como os critérios de: ingresso, permanência e priorização em fila de espera para pulmão. Também fui informado sobre a possibilidade de consultar na rede mundial de computadores (Internet) o cadastro e a minha posição em fila.
- 15) Como é de conhecimento público, vivemos uma pandemia de infecção por Coronavírus, não sendo possível precisar acuradamente quais os riscos de adquirir esse vírus num transplante comparado

	CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS TORÁCICOS	Código da Norma:	POP.TX.003
		Revisão:	0
		Página:	16 de 21

com os riscos comunitários. Estou Ciente desta situação e concordo com a realização do transplante e, também, ciente da possibilidade de que, em contraindo a doença, as medicações utilizadas para evitar a rejeição do transplante podem torná-la mais grave.

16) Por livre iniciativa autorizo o(a) médico(a) _____, bem como sua equipe, a realizar o transplante pulmonar aqui explicado e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

PACIENTE: _____	
PRONTUÁRIO: _____	DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20 ____.

(Assinatura do paciente ou Responsável legal (vínculo:))

Declaro, na qualidade de responsável/cuidador indicado pelo paciente, que entendi todas as orientações, assim como todo o processo de preparo pré-transplante e os cuidados pós-cirurgia. Assumo, assim, o compromisso de desempenhar as funções de cuidador de acordo com tais orientações.

(Nome e assinatura do (a) responsável) pelo(a) paciente)

Testemunha 1: _____ CPF: _____

Testemunha 2: _____ CPF: _____

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou seu(s) familiar (es), ou responsável(eis), o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o tratamento (s)/ procedimento(s) acima descrito.

Assinatura do médico
CRM

Assinatura do enfermeiro
COREN

	CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS TORÁCICOS	Código da Norma:	POP.TX.003
		Revisão:	0
		Página:	17 de 21

ANEXO V

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TRANSPLANTE CARDÍACO

Por este instrumento, eu:

Nome: _____

Identidade: _____ ☐ Paciente ☐ Responsável.

- 1) Fui informado (a) que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração (ões) e diagnóstico(s): _____, e tive todas as perguntas respondidas sobre tais alterações e diagnósticos, entendendo assim que é sério o suficiente para considerarmos o transplante cardíaco.
- 2) Recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, também fui informado (a) sobre os riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s);
- 3) Estou ciente de que durante o transplante cardíaco poderá (ão) apresentar-se outra(s) situação (ões) ainda não diagnosticada(s) pelo(s) exame(s) acima referido(s), assim como também poderá (ão) ocorrer situação(ões) imprevisível(eis);
- 4) Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios. Além disso, as principais complicações associadas especificamente ao transplante cardíaco são as seguintes:
 - Os riscos de uma cirurgia cardíaca aberta, incluindo o risco de morte, dano cerebral ou dano a outro órgão tal como o rim, fígado, pulmão, cérebro e ao próprio coração implantado,
 - A necessidade de transfusão de sangue durante a cirurgia com risco de reação ao mesmo,
 - Os riscos de dano ao novo coração pelo organismo do paciente, que pode rejeitar o novo coração,
 - Os riscos das medicações imunossupressoras necessárias para prevenir rejeição ao novo coração, incluindo: risco aumentado de infecção, de alteração no fluxo das artérias coronárias, risco aumentado de câncer após vários anos dessas medicações, potencial toxicidade renal, aumento na pressão arterial, edema, acne, menstruação irregular, convulsões, diarreia, vômito, dor abdominal, depressão da medula óssea, fibrose pulmonar, diabetes, dislipidemia, depressão, alucinações nos primeiros dias pós-cirurgia, osteoporose, fraqueza muscular e distúrbio eletrolíticos,
 - Pode haver também riscos adicionais que são ainda desconhecidos para nós.
- 5) Estou ciente que a moradia recomendada para um transplantado precisa ter condições mínima de higiene e salubridade, a fim de evitar infecções pós-operatórias, comprometendo-me a informar eventuais riscos relacionados a moradia. Sendo essas recomendações:
 - Piso liso, onde seja possível a limpeza com pano úmido;
 - Paredes com reboco;
 - Teto forrado ou com telha;
 - Iluminação natural e artificial;
 - Ventilação com janelas. Manter ventiladores e filtros de ar condicionado limpos;
 - Eletrodomésticos básicos como fogão e geladeira;
 - Quarto de uso do transplantado e no máximo mais duas pessoas, desde que compatível com condições salubres de ventilação e acomodação.
 - Vaso sanitário, chuveiro e pia próximo a casa, no mesmo quintal e de uso exclusivo da família;

	CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS TORÁCICOS	Código da Norma:	POP.TX.003
		Revisão:	0
		Página:	18 de 21

- Banheiro com piso e paredes laváveis;
- Cozinha seguindo as orientações de piso, paredes, iluminação e janelas conforme as do banheiro;
- Limpeza diária da casa e do banheiro;
- Retirar o lixo da casa diariamente;
- Trocar roupa de cama, banho e capas de sofás semanalmente.

6) Evitar:

- Objetos que favoreçam o acúmulo de poeira, como forrações, cortinas e almofadas;
- Esgoto a céu aberto, lixões e terrenos baldios em torno da residência;
- Carpete, flores, jarros de plantas dentro de casa, revistas, livros, caixas;
- Presença de animais domésticos como gato, cachorro, aves e roedores no interior da casa. Em caso de receptoras crianças, fica proibida a permanência de animais até mesmo no quintal;
- Mofo e infiltrações em tetos, paredes e armários;
- Brinquedos não laváveis e que acumulem água.

7) Declaro que o responsável indicado por mim (Ficha de acompanhante) entendeu todas as orientações, assim como todo o processo de preparo pré-transplante e os cuidados pós-cirurgia. E Assume, assim, o compromisso de desempenhar as funções de cuidador de acordo com tais orientações.

8) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista.

9) Quando perguntado, não omiti informações relacionadas ao estado de saúde ou hábitos que poderiam influenciar o ato anestésico-cirúrgico.

10) Comprometo-me a seguir as orientações da equipe, antes, durante e após o procedimento.

11) Tive a oportunidade de esclarecer todas as dúvidas relativas ao transplante cardíaco após ter lido e compreendido todas as informações deste documento antes de sua assinatura e entendo que posso mudar de ideia a qualquer momento até a hora da cirurgia. Entendo também que a condição clínica do paciente pode mudar, fazendo com que ele não mais seja um candidato ao transplante e que serei informado disso caso ocorra.

12) Junto ao consentimento para a cirurgia estará a minha aprovação para estudos diagnósticos que visam melhorar a qualidade de vida dos transplantados.

13) Doador com critérios expandidos – Com a escassez de órgãos para transplantes, as equipes poderão utilizar os chamados “**doadores com critérios expandidos**”:

- Para receptores positivos de Hepatite B e C, órgãos cujos doadores também tenham sorologia respectivamente positiva.
- Hepatite B e C, ☐ACEITO ☐NÃO ACEITO (aplicável a paciente com sorologia positiva).
- Também utilizaremos órgãos com VDRL + em pacientes que aceitarem a fazer tratamento específico para o Treponema no pós Tx. VDRL Positivo, ☐ACEITO ☐NÃO ACEITO.

	CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS TORÁCICOS	Código da Norma:	POP.TX.003
		Revisão:	0
		Página:	19 de 21

- 14) Na eventual disponibilização do órgão, estou ciente que deverei me deslocar imediatamente para o centro transplantador, caso não possa comparecer, o órgão será disponibilizado ao próximo paciente compatível em fila, sem prejuízo para minha atual posição.
- 15) Recebi As orientações Quanto à organização e funcionamento Sistema Nacional de Transplante e do Programa Estadual de transplante, no que se refere a organização e distribuição de órgãos tal como os critérios de: ingresso, permanência e priorização em fila de espera para coração. Também fui informado sobre a possibilidade de consultar na rede mundial de computadores o cadastro e minha posição em fila.
- 16) Como é de conhecimento público, vivemos uma pandemia de infecção por Coronavírus, não sendo possível precisar acuradamente quais os riscos de adquirir esse vírus num transplante comparado com os riscos comunitário. Estou Ciente desta situação e concordo com a realização do transplante e, também, ciente da possibilidade de que, em contraindo a doença, as medicações utilizadas para evitar a rejeição do transplante podem torna-la mais graves.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20__.

(Assinatura do paciente ou Responsável)

Testemunha 1: _____

Testemunha 2: _____

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou seu(s) familiar (es), ou responsável(eis), o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o tratamento (s)/ procedimento(s) acima descrito

Assinatura do médico
CRM

Assinatura do enfermeiro
COREN

	CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS TORÁCICOS	Código da Norma:	POP.TX.003
		Revisão:	0
		Página:	20 de 21

ANEXO VI

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM PÓS-TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS TORÁCICOS

Data da Consulta: ____/____/____		Data do Tx: ____/____/____	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome:			Prontuário:
Data de Nascimento: ____/____/____	Alergias: ☐ Sim ☐ Não	Se sim, quais?	
Idade:	Gênero:	Estado civil:	
Naturalidade:		Nacionalidade:	
Endereço residencial:			
ANAMNESE			
Doença de Base:			
Diagnóstico Clínico:			
Queixa Principal:			
História Patológica Pregressa:			
Comorbidades: ☐ DM ☐ HAS ☐ Obesidade ☐ Hipertensão pulmonar ☐ Outros			
Antecedentes Familiares:			
Peso (Kg):	Altura (m):	IMC: _____	
Etilismo: ☐ Não ☐ Ex-etilista ☐ Etilista	Tabagismo: ☐ Não ☐ Ex-tabagista ☐ Tabagista. Maços:		
SINAIS VITAIS			
PA: _____ mmHg	FC: _____ bpm	FR: _____ irpm	T: _____ °C SatO ₂ : _____
AVALIAÇÃO DA RESIDÊNCIA			
Com quem mora:		Tipo de moradia:	
Exposições da Residência: ☐ Mofo ☐ Umidade ☐ Arejada ☐ Sem exposições			
AVALIAÇÃO DOS CUIDADORES			
Grau de Parentesco: _____	Cuidador Trabalha: ☐ Sim ☐ Não	Disponibilidade?	
MEIOS DE TRANSPORTE			
Próprio: ☐ Sim ☐ Não	Coletivo: ☐ Sim ☐ Não	Particular individual: ☐ Sim ☐ Não	
RELACIONAMENTO COM A FAMÍLIA			
É o provedor financeiro? ☐ Sim ☐ Não	Tem filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se sim, quantos?	
TFD? ☐ Sim ☐ Não		Convênio Saúde? ☐ Sim ☐ Não	
ATITUDES INDIVIDUAIS			
Como Toma as medicações?			
Sabe reconhecer e preparar os seus medicamentos? ☐ Sim ☐ Não		Quem prepara os medicamentos?	



POP.TX.003

0

21 de 21

Se sim, quando?

Você alterou a dose de algum medicamento sem orientação médica? ☐ Sim ☐ Não

Neste último ano, você parou completamente de tomar algum dos medicamentos sem orientação médica? ☐ Sim ☐ Não

IMPRESSÃO E CONDUTA

Assinatura e carimbo do enfermeiro responsável pela avaliação