

ANEXO III

TERMO DE SOLICITAÇÃO DE RECUSA/NÃO ELEGIBILIDADE

() Paciente elegível para transplante renal. Justificativa da recusa:

() Paciente não elegível para transplante renal. Justificativa médica:

Eu, _____ nome completo do paciente), RG nº _____ (número do RG), CPF nº _____ (número do CPF), residente e domiciliado(a) em _____

_____ (endereço completo),

declaro que fui devidamente informado(a) pelo(a) médico(a) assistente _____ (nome completo), CRM nº _____,

acerca da possibilidade de encaminhamento à **Central Estadual de Transplantes (CET)**, ou estrutura organizacional competente, para avaliação pré-transplante renal.

Fui esclarecido(a) quanto aos benefícios esperados do transplante renal, bem como os riscos, complicações e consequências da não realização do referido procedimento. Após receber todas as informações necessárias, decido, de forma livre e consciente:

() **RECUSAR** meu encaminhamento para avaliação pré-transplante renal;

() Reconhecer minha condição de **não elegibilidade**, conforme justificativa médica acima.

Declaro ainda que assumo total responsabilidade pela decisão ora registrada, eximindo o(a) médico(a) assistente e a instituição de saúde de qualquer responsabilidade decorrente da recusa ou da não elegibilidade.

_____, _____ de _____ de 20____.
[Local], [Data].