

2. AUTORIZAÇÃO PARA A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE A PARTIR DE PESSOAS FALECIDAS

Eu, abaixo-assinado-a:

Sobrenome: _____

Nome: _____

Grau de parentesco: _____

Declaro ter sido devidamente informado(a) pelo Dr. _____.

Declaro ter entendido o estado de saúde do(a) meu(minha) _____, Sr./Sra. _____

A equipa médica e de enfermagem deu-me um período de reflexão suficiente para a tomada de decisão.

Considerando que o(a) meu(minha) _____ teria aprovado a doação dos seus órgãos e as medidas médicas para a sua conservação, dou livremente a minha autorização para a colheita de órgão(s) e tecido(s) para transplante.

Após seu falecimento, autorizo:

Doação de todos os órgãos e tecidos

ou

Doação:

coração pulmões fígado pâncreas

intestino rins córneas outros tecidos

Lugar: _____

Data: _____

Hora: _____

Assinatura do familiar responsável: _____

Étiquette dito