

TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE HEMODIÁLISE

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao: () Paciente e ou () Responsável: _____, quanto aos principais aspectos relacionados ao implante de **CATETER PARA HEMODIÁLISE** e ou a realização de procedimentos ao (s) qual (is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de colaboradores do Complexo de Saúde São João de Deus, profissionais especializados e empresas prestadoras de serviços parceiras do CSSJD.

PROCEDIMENTO, COMPLICAÇÕES E RISCOS

1) **Procedimento:** no implante de Cateter de Duplo Lúmen (CDL) sob monitorização e anestesia local (maioria dos procedimentos) é realizada a punção da veia, passa-se pelo interior da agulha o guia metálico, a pele é então aberta com uma pequena incisão, passa-se em seguida o dilatador, retira-se o mesmo e introduz o cateter. Verifica-se se os ramos estão com fluxo e refluxo, procede-se a heparinização dos mesmos e a seguir a fixação do cateter por pontos e curativos. Para implante de Cateter Permcath, o cateter apresenta um túnel subcutâneo longo, com saída em um local diferente do que foi implantado, causando mais conforto ao paciente e menor índice de infecções.

2) **Complicações e Riscos:** hematoma, pneumotórax, hematoma retoperitoneal, infecção, oclusão dos ramos, mal posicionamento do cateter nos CDL de subclávia ao invés do cateter ir para cava superior ou átrio direito ele pode cruzar para a subclávia contralateral ou subir em direção a jugular homolateral, arritmia cardíaca (nas punções de jugular e subclávia após a punção passa-se um guia metálico que, ao entrar em contato com os tecidos cardíacos, pode acarretar distúrbios do ritmo), punção arterial, hematoma e insucesso, bacteremia relacionada a cateter e trombose intraluminal, trombose intraluminal.

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, _____, inscrito no CPF sob o nº _____ () Paciente () Responsável grau de parentesco: _____, autorizo a realização do implante de **CATETER PARA HEMODIÁLISE** e ou Procedimentos prescritos.

Declaro que recebi do (a) Dr. (a) _____, CRM: _____ todas as informações pertinentes ao procedimento e suas complicações de forma oral, em linguagem clara e simples, e que compreendo o alcance, os riscos, complicações e alternativas de tratamento, sendo assim, decidimos conjuntamente, meu médico e eu, que o implante de **CATETER**

PARA HEMODIÁLISE é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico. Caso o médico tome conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e/ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar novas condições. Declaro ciência de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis desta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Comprometo-me a colaborar com o tratamento, fazendo o controle pós-operatório e seguindo todas as recomendações médicas que me foram feitas, ciente de que o não cumprimento destas determinações poderá acarretar em prejuízos nos resultados. Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Divinópolis, _____ de _____ de _____ Assinatura

TESTEMUNHAS

1ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

2ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro ter explicado todo o procedimento de implante de **CATETER PARA HEMODIÁLISE** ao paciente/responsável acima identificado, expliquei ainda sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo (s) mesmo (s). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhe (s) foi informado.

Divinópolis, _____ de _____ de _____

Nome completo: _____ CRM: _____

Assinatura

INFORMAÇÃO PRÉ CIRÚRGICA

TRAGA PARA O HOSPITAL

- 1) Todos os documentos pessoais.
- 2) Exames realizados.
- 3) Autorização de Internação Hospitalar (AIH) autorizada.
- 4) Risco Cirúrgico.
- 5) Seu material de higiene pessoal (sabonete, pasta de dente, desodorante), caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- 6) Roupas confortáveis caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- 7) Mantenha hábitos saudáveis, evite bebidas alcoólicas e cigarros.
- 8) Adereços: retire relógios, pulseiras, alianças, anéis, brincos, piercing, prótese dentária (se houver) e qualquer objeto de cabelo, devendo ser entregues aos seus familiares.

O PROCEDIMENTO

- 1) Manter jejum no mínimo 8 horas ou conforme orientação médica (incluindo sólidos e líquidos, inclusive água).
- 2) Caso faça uso de medicamentos, fique atento:
 - Tomar os medicamentos anti-hipertensivos como de costume, sem água ou com muito pouca água.
 - Diabético, **NÃO TOMAR** os hipoglicemiantes orais no dia da cirurgia.
- 3) Em caso de febre ou mal estar, entrar em contato com o Hospital imediatamente.
- 4) A remoção dos pêlos da região onde será realizada a incisão cirúrgica, obedecendo a critérios médicos, deverá ser realizada apenas pela equipe de enfermagem, após a internação.
- 5) Horário da cirurgia: o horário da cirurgia é agendado pelo seu médico, podendo ocorrer atrasos.

OUTRAS ANOTAÇÕES