

### 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 a **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 prestadores de serviços parceiras do CSSJD.

### PROCEDIMENTO, COMPLICAÇÕES E RISCOS

1) Procedimento: a inserção de forma asséptica de um cateter (tubo) vascular em uma veia central. Utiliza-se um acesso vascular (fístula, cateter simples ou de longa permanência) de onde sai o "sangue sujo", que passa através de um filtro (capilar) para ser "limpo" e posteriormente retorna ao paciente. Este processo ocorre de 02 a 03 vezes por semana com duração de 03 a 04 horas dependendo do caso.

2) Complicações e Riscos: hipotensão, câimbras, reação de hipersensibilidade, distúrbios eletrolíticos, reação febril, hipoxemia, sangramento com necessidade de transfusão, síndrome de desequilíbrio, prurido, hemólise, arritmias, convulsões, angina, embolia pulmonar, infecção, choque, parada cardiorrespiratória.

### DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ ( ) Paciente ( ) Responsável grau de parentesco: \_\_\_\_\_, autorizo a realização da **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 a **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 **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