

-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 _____

completo: _____ CRM: _____

Assinatura