

Termo de Ciência e Consentimento

Hemodiálise

Paciente: _____ Sexo: _____
Registro: _____ Data de nasc.: ____/____/____
Convênio: _____
Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

Por este instrumento, eu, _____, declaro que:

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte alteração e/ou diagnóstico:

Insuficiência Renal com indicação de terapia substitutiva

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

Hemodiálise / Hemofiltração

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

Fui informado (a) que a hemodiálise é um procedimento realizado por máquinas de circulação extracorpórea com a finalidade de filtrar água e toxinas acumuladas no organismo pelo mau funcionamento dos rins. O sangue do paciente é removido através de um cateter de duas vias implantado numa veia central (jugular interna, subclávia ou femoral), passa pela máquina de hemodiálise onde ele é filtrado, e é infundido de volta ao paciente através do mesmo cateter de duas vias. Esse procedimento requer no mínimo algumas horas, mas sua duração e periodicidade depende da condição clínica do paciente.

Compreendi que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independente da eficiência dos cuidados médicos, e que em algumas ocasiões o procedimento não é realizado de forma efetiva por causa do fluxo de sangue inadequado através do cateter ou por grave instabilidade clínica do paciente;

Estou ciente de que, durante o procedimento, poderão apresentar-se outras situações imprevisíveis ainda não diagnosticadas ou emergências que necessitem mudanças e adaptações do procedimento proposto;

Compreendi que as principais complicações associadas especificamente a este procedimento são as seguintes: hipotensão arterial, câimbras, reação de hipersensibilidade, distúrbios eletrolíticos, reações pirogênicas, infecções relacionadas ao cateter, hipoxemia, sangramentos, síndrome do desequilíbrio, prurido, hemólise, arritmias cardíacas, convulsões, angina, embolia pulmonar e parada cardiorrespiratória;

Também fui informado (a) sobre as consequências de não realizar o tratamento, como o desenvolvimento de edema agudo de pulmão por sobrecarga de líquidos, arritmias cardíacas por elevação dos níveis de potássio no sangue, de entrar em estado de coma por uremia, e que todas essas complicações da insuficiência renal podem levar ao óbito.

Estou ciente de que, quando a hemodiálise é indicada, as alternativas de tratamento, como a diálise peritoneal automatizada (DPA), são em geral menos eficientes, não sendo indicada nos estados de hipervolemia e hipermetabólicos.

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

Esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação;

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Salvador, ____ de _____ de 20 ____ : ____ (hh:min)

Paciente Responsável

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____ Parentesco _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Salvador, ____ de _____ de 20 ____ : ____ (hh:min)

Nome do
médico _____ CRM: _____

Assinatura: _____