

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

Nome: \_\_\_\_\_ Pront: \_\_\_\_\_ Atend: \_\_\_\_\_

1º) Fui informado (a) pelo (a) médico (a) de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(es) e / ou diagnóstico(s):

**insuficiência renal com indicação de terapia substitutiva da função renal**

2º) Recebi todas as explicações necessárias quanto aos benefícios, riscos, alternativas de tratamento, bem como fui informado (a) sobre os benefícios e/ou riscos de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da (s) enfermidade (s) diagnosticada (s);

3º) Estou ciente de que, durante o (s) exame(s) e/ou procedimento(s) **instalação de cateter venoso central** para tentar melhorar a(s) supra citada(s) condição(es) poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(es) ainda não diagnosticada(s) pelo(s) exame(s) acima referido(s), assim como também poderá(ão) ocorrer situação(es) imprevisível(eis) (fortuitas);

4º) Estou ciente de que em procedimento(s) invasivo(s), como o citado, podem ocorrer complicações como: pneumotórax, hemotórax, sangramento, infecção, embolia e trombose venosa, distúrbios do miocárdio, entre outras;

5º) 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;

6º) Esta autorização é dada ao(à) médico(a) responsável técnico pela unidade de diálise, Dr.(a) \_\_\_\_\_ CRM-MG \_\_\_\_\_, 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;

7º) 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;

8º) Consinto, portanto, ao(à) médico(a) supra identificado a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize o seu próprio julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

9º) 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).

Itajubá - MG, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do(a) paciente)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura da (o) responsável pelo (a) paciente)

No caso de paciente menor, ou que tenha responsável legal, ou não possa assinar este documento.

\_\_\_\_\_  
completo e legível do responsável)

\_\_\_\_\_  
(Identidade / órgão)

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, bem como, que poderá revogar o consentimento que agora é concedido e firmado.

Itajubá - MG, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) médico(a) - CRM