

# Termo de Ciência e Consentimento

## Implante de catéter venoso de longa permanência

Por este instrumento, eu, \_\_\_\_\_, declaro que:

Cole aqui a etiqueta. Se não tiver, preencha todos os campos

Nome Completo do Paciente: \_\_\_\_\_  
Filiação: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Conv.: \_\_\_\_\_ SAME: \_\_\_\_\_  
Data de Nasc.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Médico Assistente: \_\_\_\_\_  
Unidade/Leito: \_\_\_\_\_  
Nome social: \_\_\_\_\_

### 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:

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

### IMPLANTE DE CATÉTER VENOSO DE LONGA PERMANÊNCIA

#### O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

O implante de cateter venoso de longa permanência é um procedimento que consiste na introdução de um cateter em uma veia central ou periférica, com intuito de viabilizar o acesso venoso de forma segura e estável durante um período prolongado. É comumente indicado em casos que necessitam de medicações intravenosas frequentes ou contínuas, nutrição parenteral, quimioterapia ou outros tratamentos prolongados.

**a) BENEFÍCIOS DESTE PROCEDIMENTO:**

- i. Garantir um acesso venoso estável e confiável para tratamentos de curta ou longa duração;
- ii. Redução do desconforto frequente causado por punções venosas repetidas;
- iii. Facilitar a administração de drogas irritantes ou de alta complexidade;
- iv. Auxiliar no monitoramento hemodinâmico, quando necessário.

**b) FUI ORIENTADO(A) SOBRE AS ALTERNATIVAS AO PROCEDIMENTO, INCLUINDO:**

- i. Uso de outros dispositivos venosos de menor duração, como cateteres periféricos ou venosos de curta permanência;
- ii. Tentativas de acesso venoso periférico em intervalos frequentes (punctionamento usual);
- iii. Adoção de estratégias monitoradas sem necessidade de implante (caso clínico específico).

**c) POSSÍVEIS RISCOS DO PROCEDIMENTO:**

- i. Complicações gerais:
  - i. Dor, hematomas, infecção no local do implante, sangramento, cicatriz;
- ii. Complicações específicas:
  - i. Formação de trombose venosa (obstrução dos vasos sanguíneos);
  - ii. Embolia aérea ou migratória do cateter, que poderá ser corrigida conforme avaliação médica;
  - iii. Mal posicionamento do cateter, que pode levar à necessidade de reposição ou reorientação do mesmo;
  - iv. Infecção sistêmica ou sepse
- iii. Foi-me esclarecido que, a qualquer momento, posso relatar sinais de complicações ao(a) médico(a) responsável ou à sua equipe, para o manejo seguro e ágil das possíveis intercorrências.

# Termo de Ciência e Consentimento

## Implante de catéter venoso de longa permanência

Cole aqui a etiqueta. Se não tiver, preencha todos os campos

Nome Completo do Paciente: \_\_\_\_\_  
Filiação: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Conv.: \_\_\_\_\_ SAME: \_\_\_\_\_  
Data de Nasc.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Médico Assistente: \_\_\_\_\_  
Unidade/Leito: \_\_\_\_\_  
Nome social: \_\_\_\_\_

**d) PROBABILIDADE DE SUCESSO:**

- i. Foi explicado que a probabilidade de sucesso no implante é elevada, mas que a durabilidade e funcionalidade do cateter dependem dos cuidados adequados durante o uso e a manutenção, bem como o monitoramento regular para prevenir ou tratar eventuais complicações.

**e) POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DA FALTA DE TRATAMENTO:**

- i. Dificuldades ou imposição de limitações no tratamento proposto (caso não seja viabilizado o acesso venoso adequado);
- ii. Necessidade de punções venosas repetidas, com maior risco de danos ao sistema venoso;
- iii. Agravamento do estado clínico, dependendo da condição de base, com prejuízo no manejo médico adequado.

**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);

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 PROFISSIONAL 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(a) profissional \_\_\_\_\_ Conselho: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_