

# Termo de Ciência e Consentimento

## Diálise Peritoneal

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NAO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

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:

***Diálise peritoneal automatizada***

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

Fui informado (a) que a diálise peritoneal é um procedimento realizado por máquinas cicladoras portáteis com a finalidade de filtrar água e toxinas acumuladas no organismo pelo mau funcionamento dos rins. Através do cateter de Tenckhoff implantado no abdômen do paciente a máquina infunde e drena a solução de diálise na cavidade abdominal removendo assim as toxinas acumuladas;

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 de dificuldades na infusão e drenagem da solução de diálise através do cateter de Tenckhoff;

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 ou hipertensão arterial, hiperglicemia, infecção do local do cateter de

# Termo de Ciência e Consentimento

## Diálise Peritoneal

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NÃO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Registro: \_\_\_\_\_ Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Convênio: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Tenckhoff ou na cavidade abdominal (Peritonite), hérnias, extravasamento de líquido através do local de saída do cateter, edema genital e hidrotórax;

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, de entrar em estado de coma por uremia, e que todas essas complicações da insuficiência renal podem levar ao óbito.

Estou ciente de que uma possível alternativa à diálise peritoneal é a hemodiálise, mas que, por ser uma forma de diálise extracorpórea, nem sempre pode ser realizada em todos os pacientes com insuficiência renal.

### 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).

# Termo de Ciência e Consentimento

## Diálise Peritoneal

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NAO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Registro: \_\_\_\_\_ Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Convênio: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_