

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: _____