

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO**

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(s) alteração (alterações) e/ou hipóteses diagnóstica(s):

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

VASC - PROCEDIMENTOS CIRURGICOS GERAIS - PICC

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

Lateralidade: ☐ Direita ☐ Esquerda ☐ Bilateral ☐ Não se aplica

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O PICC é um dispositivo vascular, longo e flexível, de inserção periférica. A punção é realizada em veias de região periférica, geralmente no membro superior (direito ou esquerdo, conforme avaliação do profissional responsável), e progride por meio de uma agulha introdutora, até a porção final da veia cava superior (próximo ao coração). Utiliza-se esse cateter em situações em que o paciente necessita de drogas que são irritantes para o sistema venoso periférico e/ou nos tratamentos longos com medicação endovenosa (por exemplo, antibióticos). Esse cateter é instalado por profissional tecnicamente habilitado e certificado.

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

As vantagens da utilização desse cateter são as seguintes: dispositivo seguro quando realizado com técnica asséptica e correta e confirmada por exame de imagem; maior tempo de permanência; menos traumática que os outros dispositivos centrais; possui possibilidade de infusão de drogas irritantes, vesicantes e de osmolaridade e pH variados; menor risco de infecção; menor diminuição de mobilidade do paciente e de estresse por evitar múltiplas punções periféricas.

Benefícios esperados adicionais:

ALTERNATIVAS E POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DE NÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Alternativas ao tratamento foram discutidas em conjunto ao (a) médico assistente, de acordo com o quadro clínico apresentado. Entre as alternativas mais frequentes para tratamentos endovenosos estão:

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO**

- catéter periférico, que apresenta limitação para uso de algumas medicações que são irritantes para o sistema venoso periférico e cuja patência (duração) é de alguns dias, necessitando de punções recorrentes, por vezes dolorosas e/ou tecnicamente difíceis/inviáveis;
- catéter venoso central, passado diretamente em veia central (jugular, subclávia ou femoral), que configura uma alternativa mais invasiva, cujas possíveis complicações têm maior risco/gravidade;

Alternativas e consequências adicionais:

RISCOS POTENCIAIS DO PROCEDIMENTO

A decisão de se submeter ao procedimento na grande maioria das vezes é pessoal e é o próprio paciente que decidirá se os benefícios estarão de acordo com seus objetivos e se os riscos e possíveis complicações são aceitáveis.

Como todo procedimento invasivo, a inserção do cateter pode trazer algumas complicações, como:

- Dor/desconforto local, que pode ser persistente;
- Inflamação ou infecção do sítio de inserção (flebite/tromboflebite)
- Infecção de corrente sanguínea, incluindo possibilidade de sepse (infecção sistêmica) e endocardite (infecção do revestimento interno/válvulas do coração);
- Lesão de nervo no trajeto de punção, incluindo possibilidade de dor local;
- Hematoma;
- Arritmia cardíaca;
- Obstrução, migração, mal posicionamento, quebra (fratura) ou funcionamento inadequado do catéter (para infusão ou coleta de amostras de sangue), podendo ser necessário retirada/novo procedimento;
- Trombose venosa.

As complicações citadas são raras conforme a literatura científica, mas, comparado a outros tipos de acesso central, o PICC é considerado um cateter seguro.

Como todo procedimento invasivo, a inserção do cateter pode trazer algumas complicações, como:, obstrução do cateter, migração/mau posicionamento, podendo ser necessário retirada/novo procedimento caso o cateter deixe de apresentar funcionalidade por obstrução/oclusão.

Também fui informado (a) sobre as alternativas possíveis ao procedimento, as consequências de não realizar o exame/tratamento e os problemas que poderão ocorrer no período de recuperação.

Riscos potenciais adicionais:

REABILITAÇÃO

Fui orientado sobre os cuidados para manutenção do cateter após a punção, tais como: evitar atrito e a tração do cateter, manter curativo seco e limpo, não desconectar a linha de infusão ou conector valvulado de proteção do cateter, sempre comunicar à equipe multidisciplinar qualquer dor, inchaço ou vermelhidão na área do cateter, comunicar também qualquer vazamento, movimentação do cateter para dentro ou fora do braço ou outras alterações relacionadas ao mesmo.

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO**

A utilização do PICC poderá deixar uma cicatriz no local da inserção, cujo aspecto vai variar conforme o organismo de cada paciente.

Orientações adicionais de reabilitação:

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).

Autorizo a realização de exame anatomopatológico em materiais que sejam removidos durante o procedimento por laboratório de patologia associado ao Hospital São Rafael S.A.

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.

Fui informado(a) sobre o que é(são) o(s) procedimento(s) e riscos associados, alternativas possíveis ao procedimento, as consequências de não realizar o exame/tratamento/procedimento proposto e os problemas que poderão ocorrer no período de recuperação.

--

[] SIM [] NÃO - Autorizo a realização de filmagens/fotografias do sítio operatório (preservando a identidade do paciente), bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro.

--

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).

Afirmo que recebi as orientações anterior ao procedimento.

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

Paciente ou _____
Responsável

Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal ou não possa assinar este documento

Nome: _____

RG: _____ 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.

Assinatura e
Nome do Médico / CRM