Anchieta Taguatinga
KorgSaúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TERAPIAS SUBSTITUTIVAS – HEMODIÁLISE CONVENCIONAL, CONTÍNUA E/OU PERITONEAL

Nome: _____

DN:_____ **CPF:**_____

Atendimento:_____

Por este instrumento, eu, _____, declaro que:

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a) _____, crm DF _____, de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte alteração e/ou diagnóstico: **Insuficiência Renal com indicação de terapia substitutiva ou doença renal crônica já em tratamento dialitico com necessidade de manutenção.**

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

( ) Hemodiálise convencional ( ) Hemodialise ou Hemodiafiltração contínua ( ) Dialise peritoneal.

BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS.

Fui informado (a) que a hemodiálise é um procedimento realizado por máquinas de circulação extracorpórea com a finalidade de filtrar água e toxinas acumuladas no organismo pelo mau funcionamento dos rins. O sangue do paciente é removido através de um cateter de duas vias implantado numa veia central (jugular interna, subclávia ou femoral) ou de uma fistula arteriovenosa, passa pela máquina de hemodiálise onde ele é filtrado e infundido de volta ao paciente através do mesmo cateter de duas vias ou das agulhas na Fistula arteriovenosa. Esse procedimento requer no mínimo algumas horas, mas sua duração e periodicidade depende da condição clínica do paciente e da modalidade da terapia.

Estou ciente de que a realização da hemodiálise ou de outras modalidades de terapia renal substitutiva poderá exigir a implantação de um cateter venoso central temporário ou permanente em veia de grande calibre (jugular interna, femoral ou subclávia), procedimento realizado sob técnica asséptica e, quando disponível, com auxílio de ultrassonografia.

Compreendi que o implante e a permanência do cateter podem estar associados a complicações, incluindo, mas não se limitando a: dor, desconforto local, sangramento, hematoma, infecção local ou da corrente sanguínea (sepse), trombose venosa, obstrução ou mau funcionamento do cateter, necessidade de reposicionamento ou substituição do dispositivo, lesão de vasos sanguíneos, lesão de nervos adjacentes, punção arterial inadvertida, embolia gasosa, arritmias cardíacas, pneumotórax, hemotórax e, em situações excepcionais, complicações graves que possam resultar em necessidade de procedimentos adicionais, internação prolongada ou óbito.

Fui informado(a) de que as terapias dialíticas (hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração e diálise peritoneal, convencionais ou contínuas) podem apresentar complicações relacionadas ao próprio

tratamento, tais como: hipotensão arterial, hipertensão arterial, câimbras musculares, náuseas, vômitos, cefaleia, reação de hipersensibilidade aos materiais utilizados, reações pirogênicas, distúrbios hidroeletrolíticos e ácido-básicos, hipoxemia, sangramentos, coagulação do circuito extracorpóreo, síndrome do desequilíbrio da diálise, prurido, hemólise, arritmias cardíacas, angina, convulsões, eventos tromboembólicos, embolia pulmonar, acidente vascular cerebral, parada cardiorrespiratória, infecções e óbito.

Fui informado(a), ainda, de que poderão ocorrer intercorrências não previsíveis ou raras, inerentes à gravidade da doença de base e aos procedimentos realizados, que poderão exigir medidas diagnósticas ou terapêuticas adicionais, incluindo mudança da modalidade dialítica inicialmente proposta.

Compreendi que não existe garantia de resultado e que a eficácia do tratamento pode ser limitada por fatores clínicos, hemodinâmicos ou técnicos, incluindo fluxo sanguíneo inadequado pelo cateter, coagulação do circuito, instabilidade clínica ou progressão da doença de base.

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 no sangue, de entrar em estado de coma por uremia, e que todas essas complicações da insuficiência renal podem levar ao óbito. Estou ciente de que, a indicação de hemodiálise convencional, contínua ou diálise peritoneal é feita pelo nefrologista, considerando minha condição clínica e a urgência para a resolução das alterações.

Fui esclarecido(a) sobre as alternativas terapêuticas disponíveis para o tratamento da insuficiência renal, quando aplicáveis ao meu caso, incluindo tratamento conservador, diferentes modalidades de terapia renal substitutiva (hemodiálise intermitente, terapias contínuas e diálise peritoneal), bem como seus potenciais benefícios, limitações e riscos. Tive oportunidade de realizar perguntas, que foram respondidas de forma satisfatória, e declaro ter compreendido as informações recebidas.

_____

Assinatura do paciente ou responsável e representante legal

Testemunha 1:_____

CPF:_____Assinatura:_____

Testemunha 2:_____

CPF:_____Assinatura:_____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TERAPIAS SUBSTITUTIVAS – HEMODIÁLISE CONVENCIONAL, CONTÍNUA E/OU PERITONEAL

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

A diálise é um processo de filtração do sangue utilizado para eliminar o excesso de líquidos e as substâncias tóxicas provenientes do metabolismo das células e da ingestão de alguns alimentos acumuladas no organismo do paciente portador de insuficiência renal avançada, aguda ou crônica. Expliquei todo o tratamento ao paciente acima identificado e/ou responsável, sobre os benefícios, riscos, alternativas, referentes ao tratamento, tendo respondido às perguntas formuladas por eles.

De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhe foi informado.

_____

Assinatura/CRM/Carimbo do Médico responsável

Local e data.

_____ de _____