Anchieta Taguatinga
KorgSaúde

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

Nome: _____

DN:_____ **CPF:**_____

Atendimento:_____

Eu,_____, CPF_____, RG_____, na qualidade de ( ) paciente ( ) responsável e representante legal (grau de parentesco:_____ declaro que fui devidamente esclarecido pelo Médico Dr(a)_____, CRM_____, sobre o procedimento dialítico –
( ) Hemodiálise convencional, ( ) Hemodiálise ou Hemodiafiltração contínua ou ( ) diálise peritoneal

Ao qual devo ser submetido, seus benefícios e possibilidades alternativas, bem como os riscos e complicações potenciais da sua não realização.

Declaro que tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira satisfatória e estou devidamente ciente que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

Optei por não realizar o tratamento dialítico acima mencionado, podendo a qualquer momento autorizar a realização dessa terapia que por ora recuso, desde que presentes as condições clínicas indicadas.

Declaro ainda ter sido esclarecido e alertado sobre os riscos de morte e eventuais sequelas irreversíveis a que estarei sujeito pela não realização da diálise e usando dos direitos a que a lei me garante, não autorizo o tratamento indicado, assumindo pessoal e individualmente todas as consequências e responsabilidades da minha recusa.

Brasília _____ de _____ de 20_____.

_____

Assinatura do paciente ou responsável e representante legal

Testemunha 1: _____

CPF:_____Assinatura:_____

Nome:_____

CPF:_____Assinatura:_____

TERMO DE RECUSA 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 a sua recusa, 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