

## CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE ACESSO VENOSO CENTRAL

PACIENTE: \_\_\_\_\_

Atendimento número: \_\_\_\_\_

Data internação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

MÉDICO responsável pela internação: \_\_\_\_\_/CRM-MG: \_\_\_\_\_

Autorizo o Dr. \_\_\_\_\_ e sua equipe a realizar(em) no paciente acima o procedimento **ACESSO VENOSO CENTRAL**.

**Definição:** acesso venoso central é um meio para se administrar medicamentos intravenosos de maneira segura e eficiente. Diferentemente do acesso venoso periférico, o central, por ser mais resistente, tolera vários medicamentos com concentrações mais altas, apresentando um tempo de duração maior, o que traz conforto ao pequeno paciente.

Nos recém-nascidos: Utiliza-se o cateterismo umbilical venoso: é a maneira mais rápida, segura e indolor. Aproveitam-se os vasos umbilicais e cateteriza-se a veia umbilical.

**Complicações:** o cateter umbilical tem a sua localização "ótima" pós-instalado bem definida. Esta localização é conferida por um exame simples de raio X realizado logo após o procedimento. Quando o cateter não fica bem localizado, geralmente na região hepática, ele é retirado. Mesmo assim, raramente, pode-se ter ar no sistema porta levando a infecção (abscesso hepático), tromboembolismo.

Nas crianças maiores: O acesso venoso central é realizado em veias calibrosas como a veia jugular externa, subclávia, basilíca e safena. É realizado por punção percutânea, utilizando-se um cateter epicutâneo.

**Complicações:** O procedimento é seguro, mas como complicação imediata, dependendo da região, como no caso da jugular externa, pode-se ter sangramentos, pneumotórax. Como complicação tardia, pode-se ter infecção do cateter, necessitando fazer a sua retirada e ainda fenômenos trombo embólicos, inflamações (flebites).

Declaro ter recebido do médico: \_\_\_\_\_, CRM-MG: \_\_\_\_\_, todas as explicações necessárias e claras quanto à metodologia, riscos, benefícios e alternativas dos procedimentos, exames ou tratamentos listados acima. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Tive acesso ao texto, na íntegra, dos Termos de Consentimento específicos, demonstrados pelo médico abaixo.

Declaro também estar devidamente informado dos riscos presentes aos referidos atos, bem como do surgimento de complicações inerentes ao quadro.

Fui informado de que todos os Termos de Consentimento específicos estão disponíveis, na íntegra, na página do Hospital Mater Dei, [http://www.materdei.com.br/canal\\_medico/consentimento.jsp](http://www.materdei.com.br/canal_medico/consentimento.jsp).

Declaro que entendi adequadamente todas as informações recebidas. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, e que o médico tem responsabilidade de meios e não de fins. Se, durante o procedimento, o médico assistente tomar conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar as referidas condições.

Em face dos esclarecimentos prestados, após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, cientificado(a) do procedimento a ser adotado, assim como de suas limitações, informo meu **CONSENTIMENTO** para a realização dos procedimentos destacados acima, por indicação do profissional referido e extensivo à sua equipe.

Hora: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do responsável

Assinatura/CRM/carimbo do médico responsável pelo Termo de Consentimento

### DADOS DO RESPONSÁVEL(\*)

Nome completo: \_\_\_\_\_

Endereço completo: \_\_\_\_\_

Documentos Identidade: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMENTO INFORMADO NÃO OBTIDO: EMERGÊNCIA** Hora: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Devido ao estado clínico do paciente, em emergência/risco de morte iminente, não foi possível fornecer ao paciente ou ao seu responsável as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Eu realizei e registrei no prontuário os procedimentos necessários e adequados pelas melhores práticas médicas, para melhorar sua situação clínica.

Assinatura/CRM/carimbo do médico responsável pelo atendimento: \_\_\_\_\_