

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PUNÇÃO DE VEIA CENTRAL

PACIENTE: _____

Atendimento número: _____

Data internação: ____ / ____ / ____

MÉDICO responsável pela internação: _____/CRM-MG: _____

Autorizo o Dr. _____ e sua equipe a realizar(em) no paciente Sr.(a) _____, o procedimento de

PUNÇÃO DE VEIA CENTRAL.

Definição: é a inserção de forma asséptica de um **cateter (tubo) vascular** em uma veia central, pelo médico.

Indicação: para administração de medicamentos e soluções, reposição hídrica, colocação de cabo de marca passo, inacessibilidade de veias periféricas, monitorização hemodinâmica invasiva, realização de exames, hemodiálise e hemofiltração.

Complicações: Infecção local, flebite, punção arterial, podendo levar à formação de hematoma e perda de sangue intensa e até à morte; pneumotórax que pode levar a piora de trocas gasosas, hipoxemia e morte; hemotórax; hidrotórax, perfuração vascular/ cardíaca, arritmia cardíaca, lesão de nervos, lesão do ducto torácico, embolia gasosa, trombose venosa, oclusão do cateter, fístulas artério-venosas, perfuração traqueal ou esofágica, lesão arterial com formação de pseudoaneurisma, punção aórtica, enfisema de subcutâneo, infarto pulmonar, infecção relacionada ao cateter, infecção sistêmica podendo levar a choque séptico, síndrome de disfunção orgânica múltipla e, até a morte, osteomielite de clavícula.

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, especialmente _____

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.

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 paciente / responsável(*)

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

DADOS DO RESPONSÁVEL (*) *No caso de pacientes menores de idade ou que estejam incapacitados de responderem autonomamente*

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, ou de possibilidade de deterioração das funções vitais, não foi possível fornecer ao paciente ou ao seu responsável as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Assim optei, baseado no melhor julgamento clínico, realizei e o registrei no prontuário os procedimentos necessários e adequados pelas melhores práticas médicas, para melhorar sua situação clínica do paciente em questão.

Assinatura/CRM/carimbo do médico responsável pelo atendimento: _____