

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
HEMODIÁLISE - PACIENTE RENAL AGUDO

ETIQUETA

Quem recebeu as orientações e assina o termo: () Paciente () Responsável

Nome: _____, RG: _____

CPF: _____, Nascimento: ___/___/_____, Grau de parentesco: _____.

Endereço: _____.

Pelo presente termos autorizo a realização de sessões de hemodiálise que serão realizadas pelo(a)

Dr.(a) _____, CRM/RJ n.º _____ e sua equipe.

Estou ciente de que a Hemodiálise, apesar de ser necessária para manutenção da minha vida, é um procedimento invasivo que pode apresentar complicações durante o tratamento, sendo as mais comuns: hipotensão, câimbras, reação de hipersensibilidade, distúrbios eletrolíticos, reação febril, hipoxemia, sangramentos, síndrome de *desequilibrium*, prurido, hemólise, arritmias, convulsões, angina, embolia pulmonar, parada cardiorrespiratória.

O paciente possui as seguintes condições pessoais que podem influenciar no resultado do procedimento/tratamento: _____

Declaro que recebi todas as informações quanto às sessões de hemodiálise a que serei submetido(a), incluindo seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Também tive a oportunidade de fazer perguntas que foram integralmente respondidas e que não restou nenhuma dúvida. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

Estou ciente de que a quantidade de sessões, datas e horários serão designados pela equipe médica.

Autorizo a realização de qualquer outro procedimento emergencial em situações imprevistas que possam ocorrer e que justifiquem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Confirmo que recebi, li e compreendi todas as explicações prestadas, que concordo com os itens acima e que tive a oportunidade de expressão sobre os pontos com os quais não concordasse.

Rio de Janeiro, ___/___/_____, Hora: _____.

Assinatura _____

PELO MÉDICO: Atesto que expliquei todo o procedimento a que o paciente está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, informando sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas. Entendo que o paciente e (ou seu responsável) compreendeu o que foi informado.

Assinatura médico: _____.

Assinatura Testemunha (se houver): _____.