

Por este instrumento, eu _____ (aqui vai o nome do paciente)

(Nome legível, completo e por extenso do paciente ou responsável)

_____/_____, declaro que:

(Identidade nº / órgão)

1º) fui informado(a) pelo (a) médico (a)/cirurgião(a) da unidade de diálise, de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(es) e / ou diagnóstico(s):

Insuficiência renal crônica com indicação de terapia substitutiva da função renal

2º) recebi todas as explicações necessárias quanto aos benefícios, riscos, alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre os benefícios e/ou riscos de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s);

3º) estou ciente de que, durante o(s) exame(s) e/ou procedimento(s) **Diálise Peritoneal Ambulatorial** para tentar melhorar a(s) supra citada(s) condição(es) poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(es) ainda não diagnosticada(s) pelo(s) exame(s) acima referido(s), assim como também poderá(ão) ocorrer situação(es) imprevisível(eis) (fortuitas);

4º) estou ciente de que em procedimento(s) invasivo(s), como o citado, podem ocorrer complicações, como: hipotensão, peritonite, infecção de túnel, infecção de óstio, inadequação da terapia dialítica, hérnias, obstrução intestinal, entre outras;

5º) por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão /autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

6º) esta autorização é dada ao(à) médico(a) responsável técnico pela unidade de diálise, Dr. _____, CRM-MG, (aqui vai o número do CRM) como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de coparticipação;

7º) tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

8º) consinto, portanto, ao(à) médico(a) supra identificado a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize o seu próprio julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s);

9º) apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).



Hospital Unimed Três Corações

CNPJ: 42.855.999/0003-62 · Tel: (35) 3239-6060
Rua Tenente Clóvis Neder, 333 · Alto Perú
Três Corações/MG · CEP 37417-254 · hospital.unimedtc.coop.br

TRÊS CORAÇÕES - MG, ____ de ____ de 20__.

(Assinatura do(a) paciente)

(Assinatura da (o) responsável pelo (a) paciente)

No caso de paciente menor, ou que tenha responsável legal, ou não possa assinar este documento.

(Nome completo e legível do responsável)

(Identidade / órgão)

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o (a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, bem como, que poderá revogar o consentimento que agora é concedido e firmado.

TRÊS CORAÇÕES - MG, ____ de ____ de 20__.

Assinatura do (a) médico(a) - CRM-MG