

Por este instrumento, eu \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, declaro que:

(identidade nº / órgão)

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

### **Insuficiência renal 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) hemodiálise 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 durante o trans e no período pós-intervenção, como: hipotensão, câimbras, reação de hipersensibilidade, distúrbios eletrolíticos, reação febril, hipoxemia, sangramentos, síndrome de desequilíbrio, prurido, hemólise, arritmias, convulsões, angina, embolia pulmonar, parada cardíaco-respiratória, 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 \_\_\_\_\_, bem 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