

PACIENTE:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade N°: _____ Órgão expedidor: _____

Obs.: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade N°: _____ Órgão expedidor: _____ Grau de Relacionamento: _____

O que é: é a inserção de acesso à veia central de um **cateter (tubo) vascular** em uma veia central de maior calibre, 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.

Potenciais 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, fistulas arteriovenosas, perfuração traqueal ou esofágica, lesão arterial, 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.

Declaro ter recebido do médico: _____, CRM-PE: _____, todas as explicações necessárias e claras quanto à metodologia, riscos, benefícios e alternativas dos procedimentos 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 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.

Olinda, _____ de _____ de _____ Hora: ____/____

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

Testemunha

Testemunha

Elaborador:	DR. MIGUEL PORTO	
Aprovador:	DR. GUTEMBERG GUERRA	
Homologador:	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	
Data da Emissão: 31/01/2013	Revisão: 00	Data da Revisão: 31/01/2015

MÉDICO RESPONSÁVEL (em situação de Emergência, dois médicos deverão assinar)

- () Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.
- () Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por se tratar de situação de EMERGÊNCIA.

Olinda, _____ de _____ de _____ Hora: ____:____

Médico CRM N°

Médico CRM N°

REVOGAÇÃO:

Olinda, _____ de _____ de _____ Hora: ____:____

Paciente: _____

Responsável legal: _____ RG: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

Elaborador:	DR. MIGUEL PORTO	
Aprovador:	DR. GUTEMBERG GUERRA	
Homologador:	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	
Data da Emissão: 31/01/2013	Revisão: 00	Data da Revisão: 31/01/2015