

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA RETIRADA DE ACESSO PROFUNDO

Por este instrumento particular o (a) paciente _____ ou seu responsável Sr. (a) _____, declara, para todos os fins legais, que dá plena autorização ao enfermeiro assistente, _____ inscrito(a) no COREN _____ sob o nº _____ para proceder a retirada do cateter vascular profundo utilizado nas sessões de Hemodiálise, tendo em vista o não funcionamento, infecção ou não necessidade da permanência do mesmo.

No que se refere, às possíveis complicações, fica exposto que, eventuais sangramentos pelo orifício de retirada do acesso vascular, podem ocorrer assim como dor e edema local, hematomas e/ou equimoses.

Declaro, outro sim, que tal procedimento foi orientado pelo Dr.(a) _____ CRM _____ sob o nº _____ atendendo ao disposto nos arts.22º e 34º do Código de Ética Médica e após a apresentação e informações detalhadas sobre o diagnóstico e procedimento a ser adotado, no tratamento sugerido e ora autorizado.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito do procedimento de saúde realizado e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Assim, tendo lido, e entendido e aceito as orientações e explicações sobre os mais comuns riscos e complicações deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Campos dos Goytacazes, _____ de _____. de _____. _____

Ass. Médico Assistente

Ass. Enfermeiro Assistente

Ass. Paciente e/ou Responsável