



GRUPOIMNE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Data: Dezembro/2022 Versão: 002

Nome Completo:	_____		
Nome Social:	_____		
Gênero:	_____	D.N.:	_____/_____/____
Nº Atendimento:	_____	Leito/Andar:	_____
Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui			

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 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-RJ _____, 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 satisfeita(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).



GRUPO **IMNE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Data: Dezembro/2022 **Versão:** 002

Nome Completo: _____
Nome Social: _____
Gênero: _____ D.N.: ____ / ____ / ____
Nº Atendimento: _____ Leito/Andar: _____

Campos dos Goytacazes, ____ de _____ de ____.

Ass. Paciente e/ou Responsável
Nome: _____
RG/CPF: _____

Ass. Médico Assistente
Nome: _____
CRM: _____ UF: _____

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.

Campos dos Goytacazes, _____ de _____ de 20_____

Assinatura do (a) médico(a) - CRM

Código de Ética Médica – Art. 22º. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 34º. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

GRUPO **IMNE**

Data: Dezembro/2022 **Versão:** 002

Nome Completo:	_____		
Nome Social:	_____		
Gênero:	_____	D.N.:	_____/_____/____
Nº Atendimento:	_____	Leito/Andar:	_____

Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui

Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de

produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.

