|  |  |
| --- | --- |
| **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  **ACESSO VENOSO CENTRAL**  Eu, abaixo assinado, autorizo o(a) Dr(a).      , equipe médica e assistentes, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, a realizarem o procedimento proposto - colocação de cateter venoso central      - como forma de tratamento para      . Estou ciente da necessidade de instalação deste cateter venoso central, sendo que o acesso à circulação poderá ser feito por punção de veia jugular interna, femoral ou subclávia, dependendo das condições técnicas no momento do procedimento.  O(a) médico(a) explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos do procedimento e a posterior necessidade de retirada deste cateter venoso. Foi dada oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente.  Sei que estes procedimentos médicos não são isentos de riscos, já que além das complicações possíveis durante a colocação e retirada do cateter existem outras que podem ocorrer no pós-operatório imediato ou tardio.  Os possíveis riscos associados a estes procedimentos foram-me esclarecidos e são os seguintes:   1. Complicações técnicas durante o procedimento que impeçam a sua realização. 2. Suspensão do procedimento por impossibilidade técnica ou clínica, surgida imediatamente antes do ato cirúrgico. 3. Dor na região da punção requerendo medicamentos analgésicos. 4. Mau funcionamento do cateter venoso central, temporário ou permanente, com fluxo de sangue insuficiente, obstrução por coágulo, infecção do seu local de saída ou do túnel subcutâneo e septicemia (infecção grave). 5. Complicações relacionadas diretamente ao procedimento como: punção de artéria, formação de hematoma, sangramento local, arritmia cardíaca, pneumotórax, hemotórax, trombose venosa, embolia pulmonar e infecção local e sistêmica. 6. Complicações com o uso de trombolíticos, incluindo o risco de sangramentos em diferentes locais além daquele da punção venosa, salientando que, com a dose usualmente empregada para desobstrução de cateter, isto raramente ocorre. 7. Outros riscos (especificar quando pertinente)      .   Estou ciente de que a lista anterior pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer neste procedimento, mas é a lista de riscos mais comuns. E mesmo em procedimentos médicos minimamente invasivos podem ocorrer complicações gerais que podem agravar a minha situação clínica atual.  Reconheço que durante o procedimento médico ou no período seguinte, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento**,** incluindo transfusão de sangue e hemoderivados. Assim sendo, autorizo a equipe médica a executar esses atos e outros procedimentos que sejam considerados necessários e desejáveis. Esta autorização estende-se a todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento da equipe médica até o momento em que o procedimento for iniciado.  Concordo também com a administração dos anestésicos que sejam considerados necessários. Reconheço que sempre existem riscos para a vida e complicações com a anestesia.  Autorizo ainda que imagens do procedimento e de exames complementares possam ser utilizadas para fins acadêmicos, incluindo comunicações de casos a estudantes ou residentes e apresentações em eventos científicos, sendo garantido meu anonimato e a confidencialidade dos dados. Da mesma forma estou ciente que profissionais devidamente qualificados, nas funções de auditores, peritos médicos oficiais, avaliadores em programas de acreditação ou servidores públicos exercendo atividades regulatórias poderão ter acesso aos dados do meu prontuário, mantendo o compromisso de sigilo destas informações.  Estou ciente que o tratamento não se limita ao procedimento previsto, sendo que deverei retornar ao consultório/hospital nos dias determinados pela equipe médica, bem como informá-la imediatamente sobre possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir.  **CONCLUSÃO**  Diante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta neste documento e ciente de que a obrigação do médico é utilizar todos os meios conhecidos na medicina, e disponíveis no local onde se realiza o tratamento, na busca da saúde do paciente. Fico ciente de que eventuais resultados adversos podem ocorrer mesmo com os melhores cuidados técnicos aplicados. Assim, decidi conjuntamente com a equipe médica que os procedimentos propostos acima são a melhor indicação neste momento para o meu quadro clínico.  Certifico que este formulário me foi explicado, que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.  Data      /     /    Nome (em letra de forma) do paciente ou responsável:  Assinatura do paciente ou responsável:  Grau de parentesco do responsável:  Assinatura e CRM do médico:  Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.  O médico deverá registrar a obtenção deste consentimento no Prontuário do Paciente, no item evolução. | |
| POA 11 PB  **TERMO DE CONSENTIMENTO  LIVRE E ESCLARECIDO**  **ACESSO VENOSO CENTRAL** | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED-339FE – gráfica hcpa – out22**