

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO			
	Hemodiálise			
	Identificação	Documento de Referência	Versão	Página
	HSH.FOR.PG4.380	HSH.POL.PG4.005	0.1	1 de 2

Por este instrumento, eu _____, número de identidade _____, número CPF _____ declaro que:

1. 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**

2. 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);

3. 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);

4. 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;

5. 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;

6. Esta autorização é dada ao (à) médico (a) responsável técnico pela unidade de diálise, Dr. _____, CRM-GO, _____, 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;

7. 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;

8. 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);

9. 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).

Data de aprovação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção Final	Retenção Arquivo Morto	Descarte
11/07/2025	Servidor	HSH	Por título e data	3 meses	20 anos	Desfragmentação

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO Hemodiálise			
	Identificação	Documento de Referência	Versão	Página
	HSH.FOR.PG4.380	HSH.POL.PG4.005	0.1	2 de 2

_____ Paciente/Responsável
 _____ Médico assistente:

CPF: _____ . _____ . _____ - ____
 CRM: _____ UF: _____

_____ Assinatura do Paciente/Responsável
 _____ Assinatura do Médico assistente com carimbo

Goiânia, _____ de _____ de _____

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.

Médico: _____
 CRM-GO: _____

 Assinatura do Médico com carimbo

Data de aprovação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção Final	Retenção Arquivo Morto	Descarte
11/07/2025	Servidor	HSH	Por título e data	3 meses	20 anos	Desfragmentação