

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO Instalação de Cateter Venoso Central			
	Identificação	Documento de Referência	Versão	Página
	HSH.FOR.PG4.381	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) **instalação de cateter venoso central** 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: pneumotórax, hemotórax, sangramento, infecção, embolia e trombose venosa, distúrbios do miocárdio, 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 Instalação de Cateter Venoso Central			
	Identificação	Documento de Referência	Versão	Página
	HSH.FOR.PG4.381	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