

TERMO DE CIÊNCIA/CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A REALIZAÇÃO DE DIÁLISE DO TIPO:

PACIENTE:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade No.: _____ Órgão expedidor: _____

Obs: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade No.: _____ Órgão expedidor: _____

Declaro que o Dr. _____ CRM No. _____ informou-me da necessidade de realização de tratamento dialítico, acima especificado.

A proposta do procedimento que será realizado, seus benefícios, riscos e complicações potenciais me foram claramente explicados. Tive oportunidade de fazer perguntas e, quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória. Entendo que o tratamento pode ser prolongado e poderá necessitar de várias sessões de diálise ou de método contínuo. Entendo ainda que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

Autorizo qualquer outro procedimento, exame ou tratamento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer durante este tratamento e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Assim, declaro agora que estou satisfeito(a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos desta forma de tratamento. Por tal razão, e nestas condições, dou o meu consentimento pelo prazo de duração de um ano para este tratamento, devendo ser informado em caso de mudança de método dialítico, para que possa renovar o consentimento.

Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de prestar qualquer explicação, poderei revogar este consentimento, antes da realização do procedimento.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____ Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)

Testemunha

Testemunha

MÉDICO RESPONSÁVEL (em situações de Emergência, dois médicos deverão assinar)

() Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.

() Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____ Hora: _____

Médico, CRM

Médico, CRM

Testemunha

Testemunha

REVOGAÇÃO: RJ, ____ / ____ / ____ Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)