

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: \_\_\_\_\_

Pront: \_\_\_\_\_ Atend: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**ETIQUETA**

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_,  
CPF nº \_\_\_\_\_, Residente: \_\_\_\_\_

Venho através deste autorizar a realização do procedimento de hemodiálise.

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_,  
CPF nº \_\_\_\_\_, Residente: \_\_\_\_\_

Responsável legal do paciente \_\_\_\_\_,

Venho através deste autorizar a realização do procedimento de hemodiálise.

A hemodiálise (HD) é um procedimento realizado através de uma máquina que filtra e limpa o sangue, removendo o excesso de líquido e as impurezas que não puderam ser eliminadas pelo rim na urina, ou seja, a máquina faz o trabalho que o rim doente já não consegue realizar.

**Estou ciente:**

1. Das consequências e dos riscos próprios do tratamento, os quais estão relacionados com o procedimento, que entre outros são:

- Para iniciar o tratamento de urgência é necessário o IMPLANTE DO CATETER DE DUPLO LÚMEM se fístula artério-venosa (FAV) não confeccionada, que é um procedimento médico invasivo, realizado na própria clínica de diálise. Esse cateter é um tubo de duas vias, temporário, que pode ser colocado tanto no pescoço quanto na virilha. Apesar das medidas de segurança (risco aproximado de complicações - 12%) em sua colocação, podem ocorrer: sangramentos, perfuração de artéria (vaso sanguíneo com grande fluxo de sangue) ou complicações menos frequentes como: pneumotórax (acúmulo de ar nos pulmões) e hemotórax (sangue na cavidade que envolve os pulmões). Com o passar dos dias podem acontecer complicações como: infecção, tremores, estenose venosa (estreitamento da veia) e trombose venosa (formação de coágulo dentro da veia).
- No decorrer do tratamento pode ser necessário o implante de novos cateteres, e o paciente se compromete a seguir os cuidados necessários orientados pelo médico e enfermeira para evitar infecções e o mal funcionamento do cateter, o que implica em sua troca.
- Logo no início do tratamento o paciente deve passar em consulta com um médico vascular para a confecção de um acesso definitivo para hemodiálise, que pode ser tanto um cateter de longa permanência (que gera menos infecção) quanto uma FAV, ambos os procedimentos são realizados no centro cirúrgico e podem ou não requerer internação.
- A FAV consiste num procedimento cirúrgico que liga uma artéria e uma veia e demora no mínimo 30 dias para poder ser utilizada. As complicações da FAV incluem: seu não funcionamento, trombose (formação

de coágulo dentro da veia) aneurisma (dilatação anormal da veia), hematoma (acúmulo de sangue embaixo da pele) ou inchaço. O paciente se compromete a seguir todas as orientações recebidas do médico e da enfermeira para a conservação da mesma.

Durante o procedimento de hemodiálise podem ocorrer algumas complicações, tais como: Alterações da pressão arterial, que pode subir (hipertensão – 10%) ou abaixar (hipotensão- 10%), câimbras (2%), dor de cabeça (7%), queda do açúcar no sangue (hipoglicemia – 5%), mal-estar (1%) e náuseas (1%).

Em todas as complicações algumas medicações ou exames podem ser necessários. Em todos os casos, a devida assistência é prestada ao paciente pela clínica de diálise.

2. O procedimento de hemodiálise é contínuo, e o paciente se compromete em comparecer à clínica de hemodiálise 3 vezes na semana nos dias estipulados pela clínica, conforme a disponibilidade de vagas. O tempo de hemodiálise é de 04 horas, podendo ser alterado de acordo com a necessidade clínica do paciente.

3. Ao iniciar a hemodiálise o paciente é submetido a uma série de exames de sangue e de imagem (Raio-x, ultrassom, eletrocardiograma), e mensalmente de acordo com um cronograma pré-estabelecido. Esses exames incluem exames de sorologias para verificar a presença de doenças como a hepatite B, C e HIV.

4. Ao iniciar a hemodiálise, para os pacientes sem proteção contra a Hepatite B (verificado através de exame feito pela clínica) é obrigatório a imunização (vacina). A vacina é aplicada a cada 2 meses no próprio centro de diálise, de acordo com o calendário de vacina estabelecido pelo Ministério da Saúde.

5. Pode ser necessária a utilização de várias medicações que podem ou não ser fornecidas pelo estado. O estado libera as medicações mediante análise prévia, porém as medicações sem liberação do estado ficam sob a responsabilidade do paciente. O paciente pode precisar realizar de restrição de líquidos e alimentos conforme a orientação da nutricionista.

6. A maioria dos pacientes renais crônicos apresentam anemia. Sendo necessário em muitos casos, com o decorrer do tratamento, a realização de transfusão sanguínea.

7. O paciente é um Co-autor do tratamento, ou seja, o sucesso do tratamento, depende que o paciente siga as orientações fornecidas pela equipe médica, de enfermagem, psicóloga, nutricionista e assistente social.

- Assim, declaro que recebi os esclarecimentos necessários a todas as dúvidas referentes ao tratamento. Compreendendo o alcance e riscos deste procedimento, concordando com a realização da hemodiálise, bem como da confecção do acesso (cateteres e fístulas) sempre que necessário, da realização de exames e transfusões sanguíneas durante o decorrer do tratamento.
- Informo meu pleno CONSENTIMENTO para que a equipe médica e de enfermagem da unidade de diálise administre o tratamento de diálise e os cuidados complementares que possam ser necessários para a mais efetiva e correta atenção.

Itajubá, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente ou Responsável/Representante Legal

## MÉDICO / ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

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.

Itajubá, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

CRM Nº: \_\_\_\_\_ Carimbo: \_\_\_\_\_

Assinatura do Enfermeiro: \_\_\_\_\_

COREN Nº: \_\_\_\_\_ Carimbo: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHA 1	TESTEMUNHA 2 (quando houver)
Nome:	Nome:
CPF:	CPF:
Assinatura:	Assinatura: