



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559
site: www.santacasamarilia.com.br

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”
Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição
(Resolução CFM n° 1931/2009 – Código de Ética Médica)**

DIÁLISE PERITONEAL

O(a) paciente ou seu(sua) responsável abaixo assinado, autoriza, através do presente termo de consentimento livre e esclarecido, o tratamento clínico e a realização do(s) procedimento designado **“TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (TRS), na modalidade de DIÁLISE PERITONEAL”**.

- **Definição:** A diálise Peritoneal é uma opção de tratamento através do qual o processo ocorre dentro do corpo do paciente, com auxílio de um filtro natural como substituto da função renal, esse filtro é denominado peritônio, sendo ele uma membrana porosa e semipermeável que reveste os principais órgãos abdominais e que através do cateter de Tenckhoff implantado no abdômen do paciente, a solução dialítica é infundida e drenada na cavidade abdominal do paciente, removendo assim as toxinas acumuladas.

Atualmente na terapia dialítica peritoneal, existem 02 modalidades de tratamento: DPA – dialise peritonial automatizada ou CAPD – dialise peritoneal ambulatorial contínua.

Diálise Peritoneal Automatizada (DPA): É realizada todos os dias, normalmente à noite, no domicílio do paciente, utilizando uma máquina denominada cicladora, que infunde e drena o líquido. Durante o dia, se necessário, podem ser programadas “trocas manuais”.

Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD): Realizada diariamente e de forma manual pelo paciente e/ou familiar. Geralmente 4 trocas ao dia (manhã, almoço, tarde, noite), sendo que o tempo de troca leva aproximadamente 30 minutos. No período entre as trocas, o paciente fica livre das bolsas.

A duração da TRS será por **tempo indeterminado**, sendo que periodicamente serão coletados exames laboratoriais para averiguação da terapia;

- **Principais Complicações:** hipotensão, peritonite, infecção de túnel, infecção de local de saída de cateter, inadequação da terapia dialítica, hérnias, obstrução intestinal, hiperglicemia, extravasamento do dialisato, alteração da modalidade de terapia.

O(a) paciente ou seu(sua) responsável está ciente, de acordo e foi esclarecido das seguintes condições:

1. Recebeu, através do médico, informações de forma clara do estado de saúde, da hipótese diagnóstica e evolução provável da doença, bem como a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento ora autorizado, efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo, além das instruções relativas ao procedimento, tendo esclarecido as suas dúvidas.



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559
site: www.santacasamarilia.com.br

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”
Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição
(Resolução CFM n° 1931/2009 – Código de Ética Médica)**

DIÁLISE PERITONEAL

2. Está ciente que uma possível alternativa da diálise peritoneal é a hemodiálise, mas que, por ser uma forma de diálise extracorpórea, nem sempre pode ser realizada em todos os pacientes com insuficiência renal.

3. Recebeu, através do médico, informações de forma clara sobre as consequências da não realização ou má aderência ao tratamento, podendo ocasionar problemas como o desenvolvimento de edema agudo de pulmão por sobrecarga de líquidos, arritmias cardíacas por elevação dos níveis de potássio, coma por uremia, e todas as complicações da insuficiência renal que podem levar ao óbito.

4. Está ciente que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos e que em algumas raras ocasiões o procedimento não é realizado de forma efetiva devido à dificuldade de infusão e drenagem onde o cateter de Tenckhoff pode não apresentar uma dinâmica satisfatória.

5. Está ciente que deverá se inteirar dos fatos com o médico responsável e, havendo agravamento ou intercorrências da patologia, fica autorizado o médico responsável a contatar outros especialistas para o tratamento, conforme a necessidade.

6. Está ciente que poderá revogar o consentimento prestado a qualquer momento antes que o referido procedimento seja realizado.

7. Autoriza o envio de cópia do prontuário quando por solicitação de autoridades.

Concorda com o tratamento acima proposto, e atesta que recebeu neste momento uma cópia e possui pleno conhecimento de todo o teor do presente termo.

Marília, _____ de _____ de 20 ____.

Nome do Paciente: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal: _____

Data de Nascimento: _____

Nome do Médico Responsável: _____

Assinatura do Médico Responsável: _____

CRM: _____