



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 nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)
FÍSTULA ARTÉRIO VENOSA**

O (a) paciente ou seu(sua) responsável abaixo assinado, autoriza, através do presente termo de consentimento livre e esclarecido, a realização do procedimento designado **“FÍSTULA ARTÉRIO-VENOSA”**.

-Definição: Trata-se de um procedimento que será realizado por um médico habilitado, que exige técnica de cirurgia vascular. A fístula artério-venosa é realizada através da anastomose, ou seja, a ligação de uma veia em uma artéria, de forma asséptica, para garantir condições adequadas de punção venosa e de fluxo sanguíneo para realização da hemodiálise. O local de confecção poderá ser no membro superior direito ou esquerdo, no braço ou antebraço, dependendo esta localização, das condições dos vasos sanguíneos destes locais. Em casos especiais poderá ser realizada em vasos dos membros inferiores.

A fístula artério-venosa (FAV) para hemodiálise permitirá o acesso vascular definitivo, necessário à realização do tratamento dialítico.

Quando as condições das veias destes locais não permitirem este procedimento, o médico cirurgião vascular poderá optar pela colocação de uma prótese vascular (PTFE), como tentativa, para confecção da FAV, desde que seja tecnicamente viável.

-Principais Complicações durante ou após procedimento: sangramentos, formação de hematomas, formação de aneurismas (dilatações) vasculares, trombose da veia, estenose da veia, lesões em nervos do braço e antebraço e região do punho, deiscência de sutura ou infecção no local.

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 sobre a natureza e as características do procedimento proposto e dos possíveis riscos atualmente conhecidos, das complicações e dos benefícios envolvidos no procedimento, tendo esclarecido as suas dúvidas.

2. Está ciente quanto à necessidade de respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas pelo (a) médico (a), pois a sua não observância poderá acarretar riscos e complicações.



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 nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)
FÍSTULA ARTÉRIO VENOSA**

3. Está ciente que poderá revogar o consentimento prestado a qualquer momento antes que o referido procedimento seja realizado, sem necessidade de dar nenhuma explicação.

4. Concorda que este formulário foi explicado, que foi lido (pelo paciente ou responsável) e que seu conteúdo foi estendido.

Concorda com o procedimento cirúrgico acima proposto, confecção da Fístula Artério-Venosa (FAV), 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: _____

Data de Nascimento: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal (grau de parentesco):

Nome do Médico Responsável: _____

CRM: _____

Assinatura do Médico Responsável: _____