



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA

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”

PARACENTESE

(Resolução CMF n. 1.931/2009 - Código de Ética Médica)

O (a) paciente ou seu (sua) responsável, autoriza, através do presente termo de consentimento livre e esclarecido, a realização do procedimento “**PARACENTESE**”.

Definição: Consiste na introdução de uma agulha e/ou cateter na região do abdome, após anestesia local, para esvaziamento do líquido ascítico e/ou para análise laboratorial/infeciosa do mesmo, sem alternativas ao procedimento proposto. A não realização do procedimento pode implicar em retardar um tratamento ou em piora clínica

Possíveis riscos: São raras, sendo a mais comum delas (5% dos casos) a perda contínua de líquido ascítico pelo local da punção, o que na maioria das vezes se resolve utilizando um curativo compressivo, mas por vezes exige sutura local. Infecções relacionadas à paracentese - infecção cutânea ou peritonite são incomuns (0,5% dos casos) necessitando uso de antibióticos. Complicações mais sérias, como perfurações de órgãos intraperitoneais e hemorragias são raras (0,05 a 1%).

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 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.

2. Está ciente, e autoriza que 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;

3. 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 efeitos colaterais.

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

5. 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: _____

Data de Nascimento: _____

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

Nome do Médico Responsável: _____

CRM: _____

Assinatura do Médico Responsável: _____