



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”

PUNÇÃO DE ACESSO ARTERIAL

(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 **“PUNÇÃO DE ACESSO ARTERIAL”**.

Definição: Consiste na inserção de um cateter em artéria periférica, por meio de punção percutânea, para obter a monitorização da pressão arterial e para coletas frequentes de amostra de sangue.

Possíveis riscos: Apesar de raras, podem ocorrer complicações como trombose arterial, embolia, hematoma, hemorragia, infecção, aneurismas e fístulas artério venosas, complicações neurológicas, dor e inflamação no local da punção, compressão nervosa, isquemia ou perda do membro.

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

1. Está ciente que, de acordo com a RESOLUÇÃO COFEN Nº 703/2022, o procedimento será realizado pelo enfermeiro (a) na Unidade;
2. Recebeu, informações de forma clara sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do procedimento ora autorizado, efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo, além das instruções relativas ao mesmo, tendo esclarecido as suas dúvidas.
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 Enfermeiro Responsável: _____

COREN _____

Assinatura do Enfermeiro Responsável: _____



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”

PUNÇÃO DE ACESSO ARTERIAL

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

CONSENTIMENTO INFORMADO NÃO OBTIDO – SITUAÇÕES DE URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA

Data: _____ Hora: _____

Devido ao quadro clínico do paciente, emergência/risco de morte iminente, ou de possibilidade de deterioração dos parâmetros vitais, não houve possibilidade de fornecer informações necessárias ao paciente ou seu responsável para obtenção deste Consentimento Informado. Frente ao exposto, baseado no melhor julgamento clínico, foi executado e registrado em prontuário os procedimentos necessários e adequados para melhores práticas médicas, visando um desfecho clínico favorável do paciente em questão.

Nome do Médico Responsável: _____

CRM: _____

Assinatura do Médico Responsável: _____