



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)  
HEMODIÁLISE**

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 **HEMODIÁLISE**”.

- **Definição:** A Hemodiálise é um procedimento realizado com objetivo de substituir algumas das principais funções dos rins, que se encontram em insuficiência renal crônica terminal, sendo incapazes de manter suas funções orgânicas equilibradas e normais. Por meio da Hemodiálise, serão removidas do organismo substâncias que se acumulam e que são prejudiciais à saúde. Para tanto, o sangue será bombeado para um circuito extracorpóreo que passará por uma máquina que contém um filtro e solução aquosa de diálise e, em seguida, devolvido ao corpo.

Serão realizadas, em média, 3 sessões semanais com tempo de cada sessão prescrito pelo médico, de acordo com a avaliação clínica. Eventualmente será solicitada uma sessão extra para adequação do tratamento;

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

- **Principais Complicações:** sangramentos, formações de hematomas no local de punções da fístula arteriovenosa, queda ou aumento de pressão arterial, arritmias cardíacas, maior predisposição a evento de insuficiência coronariana aguda (angina pectoris ou infarto do miocárdio), reações alérgicas aos vários componentes da circulação extracorpórea, câimbras, dores de cabeça, náuseas, vômitos, febre, calafrios e infecções.

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 que sem a hemodiálise sua condição clínica se complicará gradativamente, culminando em eventos que poderão colocar sua vida em risco;

2. 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 clínico/cirúrgico, pré e pós-operatório, tendo esclarecido as suas dúvidas.

3. Está ciente de que em caso de viagem ou desejo de realizar a Hemodiálise em outra localidade, deverá informar a equipe de médicos e enfermagem para que seja



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)  
HEMODIÁLISE**

solicitada a vaga na unidade de destino, por meio da Secretaria de Saúde com 30 dias de antecedência, devendo a viagem ser realizada somente com a vaga disponível para que não haja riscos à sua saúde;

4. 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.

5. 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.

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

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: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal: \_\_\_\_\_

Nome do Médico Responsável: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico Responsável: \_\_\_\_\_