



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Procedimento:** FÍSTULA ARTERIOVENOSA (FAV)

### Identificação do Paciente:

Nome: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

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

CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

**Identificação do Responsável:** (No caso de Paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado):

Nome do Responsável: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Por este instrumento particular, declaro, para todos os fins de direito que, em especial para fins do disposto nos artigos 6º, III e 39, VI, ambos da Lei 8.078/90 do Código de Defesa do Consumidor, **que, sem qualquer vício de vontade ou consentimento, dá total autorização** ao médico para proceder às investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o Procedimento Cirúrgico designado **FÍSTULA ARTERIOVENOSA (FAV)**, a ser realizado no Hospital Nossa Senhora das Dores.

Assim sendo, declaro que o Médico, atendendo ao que determinam os artigos 22 e 34 da Resolução CFM no. 1.931/09 do Código de Ética Médica e após a apresentação de métodos médicos alternativos, sugeriu o Procedimento, prestando as informações detalhadas sobre o estado de saúde do paciente, diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizados, em especial as que seguem abaixo:

**DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO:** É a inserção de forma asséptica de um cateter (tubo) vascular em uma veia central, pelo médico. É uma conexão realizada cirurgicamente entre uma artéria e uma veia do nosso corpo com os seguintes objetivos: tornar a veia forte para tolerar as punções necessárias para hemodiálise (lembrar que a parede de uma veia normal é fina e frágil, não suportando punções repetidas na mesma região) e gerar um alto fluxo pela veia permitindo um menor tempo de hemodiálise (recordar que o fluxo venoso natural é lento e inadequado para a realização do tratamento dialítico).

**RISCOS E COMPLICAÇÕES:** Trombose da fístula com perda de funcionalidade, Hipertensão venosa, Roubo de fluxo, Isquemia, Obstrução da veia, Infecção no local da cirurgia, hematomas e sangramentos, Necessidade de ligadura ou desativação da fístula, necessidade de reintervenção caso o funcionamento da fístula não esteja adequado. As complicações associadas a este procedimento/cirurgia, ainda que incomum ou raras, variam de lesões simples a mais complicadas aqui não descritas que podem requerer acompanhamento em unidade de terapia intensiva após a cirurgia.

Riscos gerais como complicações relacionadas ao ato anestésico (a serem melhor esclarecidas pelo profissional anestesista) e complicações de origem cardíaco vascular não diretamente associados ao ato cirúrgico como

tromboses da veias profundas das pernas ou pulmão, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, arritmias cardíacas, parada cardiorespiratória e até mesmo o óbito.

**BENEFÍCIOS:** A cirurgia visa a utilização da fístula como via para hemodiálise em pacientes com insuficiência renal crônica. Assim poderá realizar hemodiálise através da punção da fístula, o que confere uma menor taxa de complicações.

Declaro, que:

Tive oportunidade de livremente perguntar todas as dúvidas junto a equipe médica, a qual me esclareceu todas as dúvidas relativas ao procedimento a qual o paciente será submetido, exceto em casos emergenciais.

Tendo sido informado acerca dos tratamentos alternativos acima, opto livremente pela realização do Procedimento, ainda que ele apresente os riscos e possíveis complicações apresentadas acima, sendo algumas delas, por vezes, imprevisíveis.

Caso aconteça alguma intercorrência, serei avaliado e acompanhado pelo Médico, de tal modo que autorizo a realização de outro procedimento, ainda que invasivo, inclusive terapias alternativas, exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos, sendo tal autorização necessária para afastar os riscos prejudiciais à minha saúde e à vida.

Declaro também estar ciente de que o Procedimento não implica necessariamente na cura, e que a evolução da doença e o tratamento poderão eventualmente modificar condutas inicialmente propostas.

Para realizar o procedimento proposto, será necessária a aplicação de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anesthesiologista; e que estou ciente também que os riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico.

Declaro esta ciente que poderá ser necessária a administração de sangue e seus componentes. A transfusão de sangue e hemocomponentes é o procedimento pelo qual ocorre a transferência de certa quantidade de sangue ou de alguns de seus componentes (concentrado de hemácias, plasma fresco, plaquetas ou crioprecipitado etc), de um indivíduo-doador para o Paciente-receptor. Apesar dos hemocomponentes serem preparados e testados de acordo com normas rígidas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), complementadas por normas internacionais de transfusão, existe a possibilidade de ocorrerem reações adversas à transfusão. As reações poderão ser leves ou graves, imediatas ou tardias, apresentando sintomas como náuseas, febre, sudorese, calafrios, ou ainda dispnéia, e serem classificadas como reações alérgicas, reações febris não hemolíticas, hemolíticas agudas, lesão pulmonar aguda associada à transfusão, hipotensão, sobrecarga volêmica, contaminação bacteriana, doenças infecciosas, dentre outras.

Para a realização do procedimento, será necessário realizar o posicionamento cirúrgico específico, e em determinadas situações, utilizar dispositivos de fixação, os quais são fundamentais para que o cirurgião consiga realizar a técnica cirúrgica com precisão. Devido à imobilização do paciente e ao uso desses fixadores, poderão ocorrer, durante o procedimento, marcas, lesões ou hematomas nas áreas do corpo que ficarem sobre pressão. Com intuito de reduzir esses riscos de lesão, a Instituição realiza a proteção de proeminências ósseas, disponibiliza colchonetes com densidade apropriada, dentre outros dispositivos.

Em decorrência da manipulação cirúrgica de órgãos e tecidos após o procedimento, o paciente poderá apresentar incômodos dolorosos e, caso necessário, após avaliação clínica e desejo do paciente, poderão ser administrados fármacos para controle dor.



Autorizo que qualquer tecido seja removido cirurgicamente e que seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

Estou ciente de que poderei revogar o presente termo de consentimento a qualquer momento, bastando para tanto que comunique minha decisão ao meu médico e assine o termo de revogação, no momento da declaração da vontade de não realização do procedimento descrito acima.

Certifico que li este termo, o que qual me foi explicado pelo médico e por sua equipe, de forma clara, objetiva e em linguagem acessível e que compreendo e concordo com todas as informações que me foram prestadas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais foram respondidas de maneira igualmente compreensível, não restando, assim, nenhuma dúvida adicional.

Pleno deste entendimento, **autorizo a realização do Procedimento proposto e dos demais procedimentos aqui estabelecidos.**

Itabira, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

---

**Assinatura do Paciente**

---

**Assinatura do Responsável**

Confirmo que expliquei detalhadamente ao(à) Paciente ou ao(à) Responsável, o propósito, os riscos, os benefícios, os prognósticos e as alternativas para o(s) Procedimento acima descrito.

---

**Assinatura do Médico Assistente e carimbo**