

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome do Hospital: \_\_\_\_\_

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

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_

Data de Admissão: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Nome do diretor médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

## TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA HEMODIÁLISE

Declaro que fui informado(a), quanto aos principais aspectos relacionados à Hemodiálise a qual será realizado nesta instituição. Autorizo a realização de sessões de hemodiálise que forem necessárias para a melhora clínica.

Declaro que:

- a) Declaro ter conhecimento de que a Hemodiálise é um procedimento invasivo necessário para a manutenção da minha vida e pode apresentar complicações infecciosas locais e sistêmicas, bem como sangramento, pressão baixa e arritmias cardíacas.
- b) Fui informado(a), quanto ao propósito, benefícios, riscos, do procedimento proposto, bem como me foram explicadas as alternativas terapêuticas e os riscos da não realização do tratamento proposto.

### PACIENTE/RESPONSÁVEL

Confirmo que tive a oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, li, compreendo e concordo com tudo o que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer item, parágrafo, ou palavras com as quais não concordasse.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Nome legível: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco do responsável: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHA

Nome legível: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

### PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiar, o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento descrito. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

\_\_\_\_\_  
Nome legível, CRM e visto ou carimbo com CRM e visto