

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARACENTESE

UNIDADE:

DATA:

DADOS DO PACIENTE

NOME:

DATA DE NASC.:

BAE/PRONTUÁRIO:

SETOR:

LEITO:

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético e legal de informar ao paciente e/ou seu responsável quanto aos principais aspectos relacionados à **PARACENTESE**, complementando as informações prestadas verbalmente pelo médico assistente.

1. SOBRE O PROCEDIMENTO

A paracentese consiste na inserção de uma agulha ou cateter na cavidade abdominal com a finalidade de retirar líquido (ascite), seja para análise diagnóstica (exames laboratoriais), seja para alívio da pressão intra-abdominal quando há acúmulo excessivo decorrente de condições clínicas (doenças hepáticas, insuficiência cardíaca, infecções ou neoplasias).

2. RISCOS E COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS

Embora o procedimento seja realizado seguindo protocolos técnicos de segurança, existem riscos e possíveis complicações inerentes, que incluem, entre outros:

- Perfuração intestinal ou de outros órgãos intraperitoneais;
- Hemorragia e/ou formação de hematoma na parede abdominal;
- Perda contínua de líquido ascítico pelo local da punção;
- Peritonite (infecção do líquido peritoneal);
- Infecção no sítio de punção.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO E DELIMITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

Declaro que recebi todas as informações pertinentes ao procedimento e suas complicações de forma oral, em linguagem clara e simples, e que compreendo o alcance, os riscos, complicações e alternativas de tratamento, sendo assim, decidimos conjuntamente, meu médico e eu, que a **PARACENTESE** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Cláusula de Delimitação de Procedimentos Adicionais (Recomendação do Parecer Jurídico):

Por cautela, recomenda-se ainda que a autorização para a realização de eventual procedimento diverso ou adicional seja delimitada às medidas diretamente relacionadas à paracentese ou às providências indispensáveis diante de situação urgente ou emergencial imprevisível, quando não for possível obter nova manifestação de vontade. Fora dessas hipóteses, eventual procedimento adicional deverá ser objeto de esclarecimento e consentimento próprios.

Declaro ciência de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis desta intervenção, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Comprometo-me a colaborar com o tratamento, fazendo o controle pós-operatório e seguindo todas as recomendações médicas que me foram feitas, ciente de que o não cumprimento destas determinações poderá acarretar prejuízos nos resultados. Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

(☐) **AUTORIZO** a realização da PARACENTESE e dos procedimentos prescritos.

(☐) **NÃO AUTORIZO** a realização da PARACENTESE e dos procedimentos prescritos.

PACIENTE, FAMILIAR OU RESPONSÁVEL LEGAL

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 questionar qualquer item, parágrafo ou palavras.

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DO TERMO:

(☐) Paciente (☐) Responsável legal

NOME:

CPF:

VÍNCULO/GRAU DE PARENTESCO:

MOTIVO DA REPRESENTAÇÃO:

DATA:

ASSINATURA:

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

Declaro ter explicado todo o procedimento de PARACENTESE ao paciente/responsável acima identificado, expliquei ainda sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo(s) mesmo(s). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável está em condições de compreender o que lhe(s) foi informado.

NOME:

CRM:

DATA:

ASSINATURA:

OBSERVAÇÕES