

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
REALIZAÇÃO DE HEMODIÁLISE**

PACIENTE	RESPONSÁVEL/ REPRESENTANTE
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p align="center">Cole aqui a etiqueta</p> </div> <p>Nome: _____</p> <p>RH: _____ DN: ___/___/___</p> <p align="center">(Preencher somente na ausência da etiqueta)</p>	<p>Nome: _____</p> <p>_____</p> <p>Grau de Parentesco: _____</p> <p>RG: _____</p> <p>Telefone: (____) _____</p>

Eu declaro ter conhecimento de que a Hemodiálise, apesar de ser necessária para a manutenção da minha vida, é um procedimento invasivo que pode apresentar complicações no local das punções ou dos cateteres, infecciosas e sistêmicas, podendo ser secundárias à doença que levou a perda dos meus rins.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização de hemodiálise ___ vezes por semana, com duração de ___ horas por sessão ou conforme orientação do médico responsável.

Por fim, declaro ter lido as informações, que todas as minhas dúvidas e questões foram esclarecidas através de linguagem clara, a qual entendi perfeitamente, decidindo conjuntamente com o meu médico que a **HEMODIÁLISE** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize a **HEMODIÁLISE** proposta.

Campinas, ___ de _____ de _____.

_____ Médico Paciente ou Representante ou Responsável

Testemunha: _____ R.G.: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Expliquei todo o procedimento de hemodiálise 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.

Entrego cartilha orientativa do programa de diálise.

Campinas, ___ de _____ de _____.

Nome completo do médico: _____

Assinatura e Carimbo do Médico

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE HEMODIÁLISE

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: ____/____/____ e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado.

Local e data: _____

Médico

Paciente ou Representante ou Responsável