

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA REALIZAÇÃO DA TÉCNICA DE HEMODILUIÇÃO NORMOVOLÊMICA AGUDA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

Prontuário: _____ Leito: _____ Data de Nasc: ____/____/____

1. DEVE SER PREENCHIDO PELO PROFISSIONAL QUE ORIENTOU O PACIENTE

Em complementação às orientações fornecidas pelo médico solicitante ao prescrever a técnica de hemodiluição normovolêmica aguda (HNA), retirei todas as dúvidas sobre o procedimento ao próprio paciente e/ou seu responsável. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado e o tratamento proposto.

Nome: _____ Nº Conselho: _____

Endereço: _____ Contato: (____) _____

2. DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL

Fui informado que a Hemodiluição Normovolêmica Aguda consiste em um procedimento que é realizado durante a anestesia e a cirurgia, no qual meu próprio sangue é retirado e substituído por outra solução, como soro fisiológico e, então, é devolvido próximo ao fim da cirurgia, sem deixar de estar conectado a mim durante todo o procedimento. Como um grande benefício, a técnica diminui as chances de receber transfusões sanguíneas de outros indivíduos e todos os malefícios que isso pode acarretar. Também fui informado dos principais possíveis riscos relacionados à técnica, como possível aumento e sobrecarga de volume nos vasos sanguíneos, anemia excessiva durante o procedimento e possibilidade de infecção.

Assim, a proposta de Hemodiluição Normovolêmica Aguda a que serei submetido (a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas pelo médico solicitante e/ou profissional responsável pela informação. Tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais foram respondidas satisfatoriamente. Ainda, entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

“Fui esclarecido de que posso retirar o consentimento a qualquer momento da internação.”

Desta forma: () Paciente () Responsável

() Aceito ser submetido a técnica de hemodiluição normovolêmica aguda.

() Não aceito ser submetido a técnica de hemodiluição normovolêmica aguda e declaro ter obtido os esclarecimentos necessários sobre os riscos desta decisão com o médico solicitante e/ou profissional responsável pela informação e sei que não serei penalizado ou terei prejuízo nos meus cuidados diante desta decisão.

Nome legível: _____ Documento: _____

Grau de Parentesco: _____ Data: ____ / ____ / ____ Hora: _____

Assinatura: _____

3. DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO NA URGÊNCIA

Autorizo e assumo a responsabilidade da realização da técnica de hemodiluição normovolêmica aguda, devido a situação de Urgência Clínica e/ou Cirúrgica.

Paciente impossibilitado e impossibilidade de submissão do Termo de Consentimento ao Responsável.

Nome Legível: _____ CRM: _____ Assinatura: _____

NOTA:

Este consentimento é válido para o período de internação e se aplica aos pacientes clínicos e cirúrgicos com indicação da realização da técnica para cirurgia. Em urgências, tem validade de 24 horas.