



CONSENTIMENTO INFORMADO PUNÇÃO ARTERIAL

De acordo com os artigos 22 e 31 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 1931/2019 e os artigos 6º, III e 39, IV da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), que “garante ao paciente as informações sobre seu estado de saúde e dos procedimentos aos quais será submetido.”

Eu, _____, Identidade

nº: _____ Data de Nascimento ____/____/____ Órgão expedidor: _____,

declaro que estou devidamente informado (a) que a cirurgia à qual vou me submeter será a

PUNÇÃO ARTERIAL.

Definição: é a inserção de forma asséptica de um cateter (tubo) vascular em uma artéria pelo médico.

Indicação: Monitoramento contínua da pressão arterial em pacientes com instabilidade hemodinâmica, coletas frequentes de amostras sanguíneas em pacientes sob ventilação mecânica e controle glicêmico estrito.

Complicações: trombose arterial, embolia, hematoma, hemorragia, infecção, aneurismas e fístulas arteriovenosas, complicações neurológicas, dor e inflamação no local da punção, compressão nervosa, isquemia ou perda do membro.

Declaro ter recebido do médico: _____

CRM-MG: _____, todas as explicações necessárias e claras quanto à metodologia, riscos, benefícios e alternativas dos procedimentos, exames ou tratamentos listados acima. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Tive acesso ao texto, na íntegra, dos Termos de Consentimento específicos, demonstrados pelo médico abaixo.

Declaro também estar devidamente informado dos riscos presentes aos referidos atos, bem como do surgimento de complicações inerentes ao quadro.

Declaro que entendi adequadamente todas as informações recebidas. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, e que o médico tem responsabilidade de meios e não de fins. Se, durante o procedimento, o médico assistente tomar conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar as referidas condições.

Em face dos esclarecimentos prestados, após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, cientificado (a) do procedimento a ser adotado, assim como de suas limitações, informo meu **CONSENTIMENTO** para a realização dos procedimentos destacados acima, por indicação do profissional referido e extensivo à sua equipe.

Belo Horizonte, _____, de _____, de _____.

Assinatura do paciente/responsável (*)

Assinatura/CRM/carimbo do médico
responsável pelo Termo de Consentimento