

**CONSENTIMENTO INFORMADO
PUNÇÃO DE VEIA CENTRAL**

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 n°: _____ Órgão expedidor: _____, declaro que estou devidamente informado (a) que a cirurgia à qual vou me submeter será a **PUNÇÃO DE VEIA CENTRAL**.

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

Indicação: para administração de medicamentos e soluções, reposição hídrica, colocação de cabo de marca passo, inacessibilidade de veias periféricas, monitorização hemodinâmica invasiva, realização de exames, hemodiálise e hemofiltração.

Complicações: Infecção local, flebite, punção arterial, podendo levar à formação de hematoma e perda de sangue intensa e até à morte; pneumotórax que pode levar a piora de trocas gasosas, hipoxemia e morte; hemotórax; hidrotórax, perfuração vascular/ cardíaca, arritmia cardíaca, lesão de nervos, lesão do ducto torácico, embolia gasosa, trombose venosa, oclusão do cateter, fístulas arteriovenosas, perfuração traqueal ou esofágica, lesão arterial com formação de pseudoaneurisma, punção aórtica, enfisema de subcutâneo, infarto pulmonar, infecção relacionada ao cateter, infecção sistêmica podendo levar a choque séptico, síndrome de disfunção orgânica múltipla e, até a morte, osteomielite de clavícula.

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