

**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
nº: _____ **Data de Nascimento** ____/____/____ 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