

## CONSENTIMENTO INFORMADO

### PARACENTESE

De acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 1931/2009) e os artigos 6º III e 39 VI 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.

Paciente: \_\_\_\_\_

Atendimento: \_\_\_\_\_ Data internação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Médico responsável pela internação: \_\_\_\_\_

CRM-MG: \_\_\_\_\_,

Autorizo o Dr. \_\_\_\_\_ e sua equipe a realizar(em) no paciente

Sr.(a) \_\_\_\_\_, o procedimento de **PARACENTESE**.

**Definição:** é um procedimento cirúrgico, onde o médico insere uma agulha no abdômen para se retirar líquido para análise ou quando este estiver em excesso, para alívio da pressão abdominal.

**Indicação:** Investigação diagnóstica da ascite de etiologia indeterminada, investigação diagnóstica de peritonite, alívio da dor abdominal e desconforto causado por ascite tensa, alívio da dispneia causada pela elevação do diafragma em pacientes com ascite tensa e investigação diagnóstica de possível hemorragia intra-abdominal em pacientes vítimas de trauma abdominal fechado.

**Complicações:** Perfuração intestinal e de órgãos intraperitoneais, hemorragia, hematoma de parede abdominal, perda contínua de líquido ascítico pelo local da punção, peritonite e infecção do local de punção.

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, especialmente \_\_\_\_\_

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.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente/responsável (\*)

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