

**CONSENTIMENTO INFORMADO
PUNÇÃO OU DISSECÇÃO VENOSA PARA COLOCAÇÃO DE CATETER.**

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.º: _____ Órgão expedidor: _____, declaro que estou devidamente informado (a) que a cirurgia à qual vou me submeter será a **PUNÇÃO OU DISSECÇÃO VENOSA PARA COLOCAÇÃO DE CATETER.**

DEFINIÇÃO: consiste em puncionar ou dissecar (método cirúrgico) uma veia e introduzir nele o cateter para reposição de soro, sangue, etc.

COMPLICAÇÕES:

1. Lesões vasculares locais.
2. Hematomas locais.
3. Lesão vascular com necessidade de correção por cirurgia local, e necessidade de eventual transfusão.
4. Trombose venosa – formação de coágulos de sangue em torno do cateter e que podem causar aumento do volume do braço ou perna, além do risco de embolia pulmonar (pode levar a óbito).
5. Arritmias cardíacas.
6. Perfurações de vasos.
7. Infecções – é a complicação mais comum.
8. Embolização de fragmento do cateter.
9. Embolização aérea – entrada de ar na corrente sanguínea
10. Sangramento com necessidade de transfusão.

Declaro ter recebido do médico 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