



Por este instrumento, eu \_\_\_\_\_

(nome legível, completo e por extenso do paciente ou responsável)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, declaro que:

(identidade nº / órgão)

1º) fui informado (a) pelo(a) médico (a)/cirurgião(ã)-dentista de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões) e / ou diagnóstico(s):

**Insuficiência renal crônica com indicação de terapia substitutiva da função renal**

2º) recebi todas as explicações necessárias quanto aos benefícios, riscos, alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre os benefícios e/ou riscos de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s);

3º) estou ciente de que, durante o(s) exame(s) e/ou procedimento(s) **diálise peritoneal ambulatorial** para tentar melhorar a(s) supracitada(s) condição(ões) poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticada(s) pelo(s) exame(s) acima referido(s), assim como também poderá(ão) ocorrer situação(ões) imprevisível(eis) (fortuitas);

4º) estou ciente de que em procedimento(s) invasivo(s), como o citado, podem ocorrer complicações, como: hipotensão, peritonite, infecção de túnel, infecção de ostio, inadequação da terapia dialítica, hérnias, obstrução intestinal, entre outras;

5º) por livre iniciativa aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão /autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

6º) esta autorização é dada ao(à) médico(a) responsável técnico pela unidade de diálise, Dr.Milton A S Kalil, bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de coparticipação;

7º) tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

8º) consinto, portanto, ao(à) médico(a) supra identificado a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize o seu próprio julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s);



9º) apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

(  ) **AUTORIZA** a realização.

(  ) **NÃO AUTORIZA** a realização, estando ciente dos riscos decorrentes desta decisão.

Araraquara, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Hora da aplicação do termo: \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min

\_\_\_\_\_

(assinatura do(a) paciente)

\_\_\_\_\_

(assinatura da(o) responsável pelo(a) paciente)

No caso de paciente menor, ou que tenha responsável legal, ou não possa assinar este documento

\_\_\_\_\_

Nome completo e legível do responsável)

\_\_\_\_\_

Identidade / órgão

**CONFIRMO** que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s)/procedimento(s) acima descritos, bem como, que poderá revogar o consentimento que agora é concedido e firmado.

\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) médico(a) - CRM