

 <p>SANTA HELENA HOSPITAL E MATERNIDADE</p>	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	Preencher quando não houver etiqueta	
		Paciente:	
	DIALISE PERITONEAL EM NEONATOLOGIA	Data de Nascimento:	
Prontuário:			

Descrição do Procedimento / Objetivos / Riscos e Benefícios

O QUE É UMA DIÁLISE PERITONEAL? Trata-se de um procedimento utilizado para filtrar o sangue e fazer o papel do rim, quando este órgão entra em colapso (insuficiência renal).

COMO É REALIZADA A DIÁLISE PERITONEAL? O procedimento consiste na inserção por meio de cirurgia de um tubinho (cateter de diálise) na região abdominal (barriga) do bebê. Um líquido será infundido na cavidade abdominal (barriga) do bebê e depois drenado. Este líquido receberá as impurezas do sangue através da membrana natural que temos no abdome chamada membrana peritoneal, fazendo provisoriamente o papel do rim até que este se recupere.

POR QUE MEU FILHO(A) PRECISOU DESTA PROCEDIMENTO? QUAIS AS VANTAGENS? O procedimento só estará indicado quando o rim entra em insuficiência e não consegue mais filtrar o sangue adequadamente. Será feito quando falharem todas as tentativas de fazer o rim funcionar com base em medicamentos. Tem a vantagem de manter o sangue sendo filtrado e manter o bebê vivo até que o rim se recupere.

QUAIS OS RISCOS E DESCONFORTOS DOS PROCEDIMENTOS INVASIVOS? Durante a passagem haverá sempre um risco de lesão de vasos e estruturas da cavidade abdominal, bem como pode deixar na pele manchas roxas (hematomas) e inchaço (edema) na pele. Todo cateter leva a risco de infecção e há também risco de obstrução, com necessidade posterior de troca do cateter. Quando a diálise não for efetiva, o paciente corre o risco de evoluir para óbito em porcentagem alta de pacientes (50% dos casos). Em alguns poucos bebês, não haverá recuperação do rim e pode ficar dependente de diálise por tempo maior ou permanente.

QUAIS OS CUIDADOS SERÃO TOMADOS PARA EVITAR OU AMENIZAR TODOS ESTES DESCONFORTOS E RISCOS? Todos os procedimentos invasivos serão feitos por profissionais capacitados para realização dos mesmos, com o cuidado de usar medicações para retirada da dor quando indicado e com controles posteriores dos dispositivos por meio de radiografias e ultrassom sempre que bem indicados.

E SE ALGO NÃO OCORRER COMO O ESPERADO? Todas as medidas de suporte serão iniciadas de imediato pela equipe do hospital, de forma a solucionar ou amenizar o dano, convocando especialistas nas áreas ou realizando cirurgias emergenciais para salvar a vida do bebê.

DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Diante do que me foi exposto e como responsável legal pelo menor, DECLARO QUE:

1. Concordo e autorizo os médicos que atenderem o menor identificado neste documento a realizarem, durante toda a internação do mesmo, todos os atos necessários para preservar sua vida, inclusive a diálise peritoneal citada neste documento conforme necessidade;
2. Fui informado sobre o procedimento que será realizado, tendo sido orientado quanto aos seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis. Pude fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente, em linguagem compreensível, permitindo o adequado entendimento.
3. Tenho consciência que, apesar da evolução da medicina e da perícia do médico, não existe qualquer garantia de resultado do tratamento e que todo tipo de procedimento pode ter complicações inesperadas, risco de sequelas graves, incapacidade permanente e até de morte.

Nome do Responsável Legal (letra de forma) _____



SANTA HELENA
HOSPITAL E MATERNIDADE

**TERMO DE CONSENTIMENTO
LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

**DIALISE PERITONEAL EM
NEONATOLOGIA**

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente:

Data de Nascimento:

Prontuário:

Grau de Parentesco: _____ () RG ou () CPF: _____

Assinatura: _____

Aracaju, ____/____/20____

DEVE SER ASSINADO PELO PEDIATRA

Declaro que expliquei de forma clara e objetiva sobre o procedimento ao paciente e/ou seu responsável, assim como os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido a perguntas para esclarecer todas as dúvidas pertinentes. De acordo com meu entendimento, o seu responsável legal está em condições de compreender o tratamento proposto.

Assinatura e carimbo do pediatra: _____