

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

ou

Etiqueta do paciente

## TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA INSERÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC)

Autorizo o enfermeiro(a) responsável e abaixo mencionado(a), ou outro enfermeiro habilitado, a realizar, seguindo prescrição do médico responsável, a inserção de cateter venoso central de inserção periférica (PICC) no(a) paciente: \_\_\_\_\_

**Indicações do procedimento:** A passagem do PICC é indicada para tratamentos intravenosos prolongados permitindo a infusão segura de soluções vesicantes/irritantes, nutrição parenteral, antibioticoterapia, quimioterapia, hemoderivados, entre outros medicamentos. Pacientes com difícil rede venosa também se beneficiam da indicação precoce.

**Benefícios:** Além de garantir acesso venoso seguro durante o tratamento, reduz a exposição do paciente a múltiplas punções venosas, menor risco associado a complicações decorrentes da terapia intravenosa (infiltrações, equimoses, hematomas), além de permitir a desospitalização e possível assistência ambulatorial, proporcionando terapia domiciliar segura.

### Riscos e complicações:

<b>Mais frequentes</b>	Sangramento mínimo no local de inserção, hematoma, obstrução ou resistência de alguma via do cateter, posicionamento ou deslocamento do cateter.
<b>Menos frequentes</b>	Hematoma, equimose, infiltração, extravasamento, flebite, hemorragia, punção arterial inadvertida, trombose venosa profunda e infecção relacionada ao PICC. Dependendo das condições clínicas/rede venosa pode-se não conseguir a passagem do cateter.
<b>Raros</b>	Embolia gasosa, ruptura do cateter, arritmia cardíaca e tamponamento cardíaco.

**Alternativas:** a indicação de passagem de cateter de PICC é discutida com equipe multidisciplinar e o mesmo será retirado após término de tratamento. No caso de não conseguir inserção, optaremos pela passagem de cateter venoso central.

Recebi explicações claras sobre os potenciais benefícios, riscos, complicações e alternativas ao procedimento proposto e entendo que não pode haver garantia absoluta sobre os resultados desejados.

Declaro que recebi explicações, compreendi e tive a oportunidade de esclarecer dúvidas, concordando com o exposto acima e que me foi dado o direito de anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse, assim como revogar por completo este consentimento em qualquer momento antes da realização do procedimento.

### PREENCHIMENTO PELO(A) ENFERMEIRO(A)

Expliquei de forma clara e objetiva todo o procedimento proposto ao paciente acima referido, ao(a) próprio(a) paciente (adolescente) e seu responsável legal e também sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Enfermeiro(a): \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

São Paulo, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

