

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:

Mais frequentes	Sangramento mínimo no local de inserção, hematoma, obstrução ou resistência de alguma via do cateter, posicionamento ou deslocamento do cateter.
Menos frequentes	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.
Raros	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: _____

