

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CONTENÇÃO MECÂNICA

Diagnóstico: _____.

Definição do procedimento: Aplicada em pacientes com alterações importantes de comportamento, visando protegê-lo contra lesões e outros danos (quedas, contaminação de cateteres, feridas, retirada de dispositivos importantes para manutenção da vida, dentre outros) provocados por ele a ele mesmo ou a outros e que pode gerar assim, riscos e danos adicionais a condição clínica deste paciente e danos físicos à equipe assistencial. A contenção visa, então, preservar a integridade física e clínica do paciente e a integridade física dos profissionais de saúde. O procedimento é realizado somente na situação acima indicada e é feita sempre de forma humanizada.

Por _____, meio _____, deste _____ instrumento, eu _____, portador(a) do RG _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____, residente e domiciliado(a) _____ à _____, telefone nº _____, possuo contato de emergência através do número _____, _____ parentesco do paciente _____ (identificação completa do paciente), declaro que:

- a) Na qualidade de representante legal ou familiar do paciente acima identificado, fui informado (a) que o ele apresenta quadro de agitação psicomotora, tendo sido indicado a utilização de contenção mecânica.
- b) Fui esclarecido (a) sob todas as possibilidades e alternativas para controle do quadro apresentado, origem do mesmo, pelo que foi explicado que a contenção é a melhor opção clínica para prevenir eventuais danos decorrentes da agitação tanto para o paciente, como para a equipe assistencial.
- c) Fui informado (a) acerca dos eventuais riscos decorrentes do uso da técnica de contenção mecânica, dentre os quais: lesões de pele, fratura, lesões isquêmicas, contusão, luxação dos membros, diminuição da mobilidade física, aumento da agitação, delirium, incontinência urinária e fecal, problemas respiratórios, constipação intestinal, desnutrição, diminuição da força muscular e equilíbrio.
- d) Fui informado (a) sobre todos os cuidados que serão tomados para prevenções de eventuais consequências decorrentes do procedimento, conforme protocolo existente na Instituição e diretrizes médicas.
- e) Estou ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar a equipe médica assistencial a modificar as condutas.
- f) Foram fornecidas as informações sobre o estado de saúde do (a) paciente, incluindo doenças, medicações as quais apresentou alergia, medicações em uso contínuo ou

eventual, sem nada ocultar, tendo recebido orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.

- g) Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas de maneira satisfatória.
- h) Li e recebi esclarecimentos de forma compreensível pelo médico e equipe, tendo sido informado (a) acerca do direito de revogação do consentimento dado.

Desta forma, diante da compreensão da necessidade, do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, AUTORIZO a realização de contenção mecânica. Afirmo ainda que o presente termo integrará o prontuário médico, na hipótese de realização do procedimento/tratamento durante a internação hospitalar.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 202__.

Assinatura do familiar ou representante legal

Assinatura do profissional