

**TERMO DE CONSENTIMENTO
LIVRE E ESCLARECIDO DE
OBSERVAÇÃO CLÍNICA**

ETIQUETA DO PACIENTE

Nome:

Prontuário:

Atendimento:

Data de nascimento:

UNIDADE:

NOME DO PACIENTE:

CPF:

BAE/PRONTUÁRIO:

SETOR:

LEITO:

Declaro que:

a) Recebi todas as informações necessárias sobre a observação clínica, sobre as propostas de tratamentos clínicos, medicamentosos e sobre os riscos e benefícios da terapêutica. Fui informado que durante a observação, os acompanhantes e visitantes devem seguir as normas e orientações do regulamento interno da unidade.

b) Estou ciente de que podem ser necessários cuidados e procedimentos habituais disponíveis nos setores assistenciais da instituição, tais como:

- Atendimento por equipe multiprofissional (médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, nutricionistas, cirurgiões dentistas entre outros profissionais e estagiários submetidos à supervisão de um profissional preceptor);
- Instalação de equipamentos de monitorização;
- Utilização de tubos endotraqueais, ou dispositivos similares somados a instalação de equipamentos de suporte da função respiratória que auxiliam a respiração;
- Procedimentos invasivos, como colocação de dispositivos assistenciais de curta e longa permanência como: cateterização de artérias e veias para administração medicamentosa, sedação ou fins terapêuticos que podem ser de inserção periférica ou central;
- Instalação de dispositivos de curta e longa permanência como sondas vesicais, gástricas e enterais entre outros e utilização de alimentação enteral ou para fins de alimentação e manutenção do estado nutricional e metabólico;
- Instalação de cateteres e realização de sessões de hemodiálise para fins terapêuticos.
- Instalação de cateteres ou dispositivos no aparelho urinário, tórax ou no abdome ou demais intervenções para fins terapêuticos;
- Realização de procedimentos odontológicos;
- Realização de curativos com técnicas específicas instrumentais e demais técnicas para fins terapêuticos;
- Realização de registro fotográficos para acompanhamento de feridas, lesões, ostomias e demais necessidades para fins terapêuticos;
- Autorizo que qualquer material coletado seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário, para o esclarecimento de diagnóstico ou tratamento;

- Realização de exames de imagem como tomografias, radiografias, ressonâncias, angiografias, cateterismos, eventualmente com administração de contraste radiológicos e/ou com anestesia local ou geral;

c) Estou ciente de que a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e o Centro de Emergência Regional (CER) são locais de observação temporária, sendo todos os pacientes regulados para uma Unidade Hospitalar pelo Sistema Estadual de Regulação, sendo possível a transferência do usuário para conclusão do tratamento clínico ou a alta hospitalar, conforme a avaliação médica.;

d) Compreendo que, durante realização de exame e/ou procedimento podem ocorrer intercorrências ou complicações inerentes aos mesmos, durante e após a intervenção, tais como: alergia, infecções, sangramentos, lesões vasculares, lesões viscerais, de mucosas ou cutâneas, alterações no estado de consciência e até o coma, sendo que nestas situações serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição na tentativa de reversão do quadro. Declaro, ainda, ciência, de que para realizar estes exames e/ou procedimentos poderá ser necessário o emprego de anestesia/sedação. Autorizo, qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia em situações emergenciais que possam ocorrer e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

e) Declaro que fui devidamente esclarecido quanto à eventual necessidade de transfusão de sangue ou hemoderivados e que:

() **Autorizo a realização**

() **Recuso a realização pelo seguinte motivo:** _____

RESOLUÇÃO CFM No 2.232, DE 17 DE JULHO DE 2019 Art. 1º A recusa terapêutica é, nos termos da legislação vigente e na forma desta Resolução, um direito do paciente a ser respeitado pelo médico, desde que esse o informe dos riscos e das consequências previsíveis de sua decisão.

PACIENTE/RESPONSÁVEL

Confirmando que tive a oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, li, compreendo e concordo com tudo o que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de questionar qualquer item, parágrafo ou palavras.

DATA:	ASSINATURA:
-------	-------------

TESTEMUNHA

NOME:	
DATA:	ASSINATURA

PREENCHIMENTO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiar, o propósito, os benefícios, os riscos, e as alternativas para o tratamento descrito. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL E CARIMBO