

**TERMO DE CONSENTIMENTO
LIVRE E ESCLARECIDO DE
RECUSA DE TRANSFERÊNCIA**

ETIQUETA DO PACIENTE

Nome:

Prontuário:

Atendimento:

Data de nascimento:

UNIDADE:

PACIENTE

NOME DO PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO:

CPF:

RG:

BAM/PRONTUÁRIO:

RESPONSÁVEL

RESPONSÁVEL

CPF:

RG:

Pelo presente Termo de Recusa de Transferência, declaro que fui devidamente comunicado pelo médico que o paciente acima necessita de transferência desta Unidade de Pronto Atendimento – UPA, para uma unidade hospitalar para dar continuidade ao tratamento proposto para o reestabelecimento do seu quadro clínico de saúde.

Todos os esclarecimentos do quadro atual de saúde do paciente, bem como dos benefícios desta transferência e dos riscos da permanência nesta Unidade de Pronto Atendimento – UPA, foram informados ao paciente e ou responsável legal.

Ressaltamos que as Unidades de Pronto Atendimento – UPA, possuem caráter para atendimento de urgência e emergência, e no caso em tela o prosseguimento do tratamento deve ocorrer em outra unidade de saúde com maior estrutura e disponibilidade de mecanismos que atendam as necessidades do paciente.

Pelo presente termo o paciente ou seu responsável legal toma ciência de todas as informações referentes ao tratamento médico e **MANIFESTA A RECUSA DE TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE.**

PACIENTE/RESPONSÁVEL

Confirmo 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 questionar qualquer item, parágrafo ou palavras.

DATA:

ASSINATURA:

TESTEMUNHA

NOME:

DATA:

ASSINATURA

PREENCHIMENTO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Confirmo 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