

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TERAPIA INTENSIVA

Nome do Médico: _____ Nº CRM: _____

Qualificação do Paciente:

Nome: _____

Nascido em ___/___/___ CPF.: _____

Qualificação do Responsável Legal: (Na hipótese de paciente menor de idade ou incapaz de manifestar sua vontade)

Nome: _____

Endereço: Logradouro: _____ Nº: _____

Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ UF: _____

CPF: _____ RG: _____

Por meio do presente instrumento, o médico informa e esclarece o paciente quanto ao diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento; além de obter o consentimento do paciente ou de seu representante legal para a realização de todos os procedimentos necessários, atendendo assim os arts. 22 e 34 do Código de Ética Médica¹, os arts. 6º, inc. III, e 9º da Lei 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor)² e art. 15 da Lei 10.406/2002 (Código Civil)³.

Declaro que recebi todas as informações necessárias relacionadas à referida internação, os riscos de aceitá-la ou não, os seus benefícios, possíveis intercorrências, eventuais complicações e, também, possíveis alternativas de tratamento. Tudo foi devidamente esclarecido.

Entendo, ainda, que, durante a internação neste setor, poderão ser necessários vários procedimentos médicos, que pela característica da urgência/emergência da situação, poderão ser realizados a qualquer hora do dia ou da noite, muitas vezes, sem tempo hábil, para o devido contato prévio com o(s) responsável (veis) por mim, paciente (ou responsável).

Os procedimentos possíveis de serem necessários estão listados abaixo, **mas não se limitam aos mesmos**:

- Intubação traqueal, ventilação mecânica;
- Instalação de sonda vesical de demora;
- Instalação de sondas nasogástricas e/ou nasoentérica;
- Cateterização de veias periféricas ou profundas (acesso central) e artérias;
- Punção líquórica;
- Punção abdominal (paracentese);
- Punção (toracocentese) e/ou drenagem de tórax;

Rubrica do Médico:

Rubrica do Paciente /
Representante:

Rubrica da 1ª testemunha:

Rubrica da 2ª testemunha:



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TERAPIA INTENSIVA

- Hemodiálise;
- Cardioversão elétrica, implante de marca-passo, balão intra-aórtico e Swan-Ganz;
- Suporte nutricional por sonda ou nutrição parenteral;
- Sedação superficial ou profunda;
- Realização de exames de tomografia e/ou ressonância magnética, podendo ser necessário uso de contraste (iodado ou gadolínio);
- Transporte nas dependências do hospital para realização de exames e/ou procedimentos.
- Contenção do paciente para realização de procedimentos ou para prevenção de queda do leito (e os riscos relacionados).

Declaro ainda, estar ciente de que o tratamento a ser adotado não aplica necessariamente na cura e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o (a) mesmo (a) autorizado (a) desde já a tomar providências necessárias para tentar solucionar os problemas surgidos.

Prestei ao médico todas as informações relativas à saúde e hábitos do paciente, presentes e passadas, clínicas e cirúrgicas, inclusive as medicações em uso ou já utilizadas.

Estou ciente que o Centro de Terapia Intensiva (CTI) é um local com regras próprias e restritivas para acompanhantes e visitas.

Assim sendo, concordo com o tratamento a ser proposto e, para tanto, assino o presente documento.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20 ____
às _____ horas e _____ minutos

1ª Via: Médico responsável | 2ª Via: Hospital Belo Horizonte | 3ª Via: Paciente / Responsável Legal

_____ Assinatura do Paciente ou seu Responsável Legal	_____ Assinatura do Médico Responsável
_____ Assinatura da 1ª Testemunha CPF: _____	_____ Assinatura da 2ª Testemunha CPF: _____

--

Rubrica do Médico:	Rubrica do Paciente / Representante:	Rubrica da 1ª testemunha:	Rubrica da 2ª testemunha:
---------------------------	---	----------------------------------	----------------------------------



Hipótese de Emergência – Impossibilidade de obter o Consentimento Informado

Declaro que, devido ao estado clínico emergencial do paciente, não foi possível seguir com o procedimento de Consentimento Informado. No esforço de afastar os riscos à vida do paciente, tomei os cuidados necessários, incluindo-se a transfusão de hemocomponentes e hemoderivados, com base em avaliação técnica.

Médico responsável: _____

CRM nº: _____

Assinatura: _____

1º Do Código de Ética Médica: É vedado ao médico: Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

É vedado ao médico: Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

2º Da Lei 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor): Art. 6º São direitos básicos do consumidor: III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem; [...]

Art. 9º O fornecedor de produtos e serviços potencialmente nocivos ou perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

3º Da Lei 10.406/2002: Art. 15. Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

Rubrica do Médico:	Rubrica do Paciente / Representante:	Rubrica da 1ª testemunha:	Rubrica da 2ª testemunha:
--------------------	---	---------------------------	---------------------------

