|  |  |
| --- | --- |
| TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  **MEDICINA INTENSIVA**  Eu, abaixo assinado, tendo em vista meu quadro de saúde fui informado e esclarecido pelo médico(a)       que será necessária a internação na Unidade de Tratamento Intensivo.  O(a) médico(a) explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos desta internação e foi dada oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente.  Fui informado(a) e entendi que durante a internação nesta unidade poderão ser necessários alguns procedimentos invasivos para que o tratamento seja adequadamente realizado.  Estes procedimentos podem incluir:   1. Instalação de equipamentos para avaliação das funções vitais; 2. Sedação e eventualmente contenção no leito como medida protetora; 3. Instalação de equipamentos que auxiliam a respiração (máscaras e tubos na traquéia ligados a aparelhos ou a fontes de gases); 4. Acesso venoso por veias periféricas e/ou centrais (profundas) e arterial; 5. Instalação de sonda vesical e/ou gastroenteral; 6. Punção liquórica e/ou colocação de cateteres no sistema nervoso central; 7. Colocação de drenos no tórax ou no abdômen; 8. Instalação de equipamentos que auxiliam ou substituem a função dos rins (diálise); 9. Realização de exames de imagem, eventualmente com administração de contraste radiológico; 10. Transfusão de sangue e derivados.     Estou ciente de que estes procedimentos não são isentos de riscos, podendo ocorrer transtornos ou complicações inerentes aos mesmos, durante e após a intervenção.  Reconheço que durante esta internação novas condições poderão requerer condutas diferentes ou adicionais em relação aquelas anteriormente descritas neste consentimento. Assim sendo, autorizo a equipe de medicina intensiva a executar esses e outros procedimentos que sejam considerados necessários e desejáveis.  Fui informado(a) também que para a realização de alguns dos procedimentos acima especificados, poderá ser necessário o emprego de sedação ou anestesia, cujos métodos e técnicas serão de indicação do médico intensivista ou do médico anestesista. Reconheço que existem riscos e complicações com a sedação e a anestesia.  Autorizo que qualquer órgão, fluido ou tecido eventualmente removidos durante os procedimentos descritos sejam encaminhados para exames complementares, como parte dos recursos necessários para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.  Autorizo ainda que imagens de procedimentos e de exames complementares, como tomografia computadorizada e ressonância, entre outras, possam ser utilizadas para fins acadêmicos, incluindo comunicações de casos a estudantes ou residentes e apresentações em eventos científicos, sendo garantido meu anonimato e a confidencialidade dos dados. Da mesma forma estou ciente que profissionais devidamente qualificados, nas funções de auditores, peritos médicos oficiais, avaliadores em programas de acreditação ou servidores públicos exercendo atividades regulatórias poderão ter acesso aos dados do meu prontuário, mantendo o compromisso de sigilo destas informações.  **CONCLUSÃO**  Diante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta neste documento e ciente de que a obrigação da equipe médica é utilizar todos os meios conhecidos na medicina, e disponíveis no local onde se realiza o tratamento, na busca da saúde do paciente. Fico ciente de que eventuais resultados adversos podem ocorrer mesmo com os melhores cuidados técnicos aplicados. Assim, decidi conjuntamente com a equipe médica que a proposta de internação em unidade de cuidados intensivos é a preferencial neste momento para o quadro clínico.  Certifico que este formulário me foi explicado, que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.  Data:      /     /  Nome (em letra de forma) do paciente ou responsável:  Assinatura do paciente ou responsável:  Grau de parentesco do responsável:  Assinatura e CRM do Médico:  Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.  O médico deverá registrar a obtenção deste consentimento no Prontuário do Paciente, no item evolução. | |
| POA 11 PB  **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  **Serviço de Medicina Intensiva** | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED-454 – gráfica hcpa – nov22**