|  |  |
| --- | --- |
| TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  Monitorização Vídeo-Eletroencefalográfica  Eu, abaixo assinado, autorizo a equipe médica do Hospital de Clinicas de Porto Alegre realizar o exame proposto - Monitorização Vídeo-Eletroencefalográfica. O(a) médico(a) explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos do procedimento e me foi dada oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente.  O exame consiste no registro simultâneo e contínuo do eletroencefalograma (EEG) e gravação de imagens (vídeo) através de equipamento de vídeo, para fins diagnósticos. Fui informado(a) a respeito dos procedimentos habituais deste exame, incluindo a necessidade do registro de crises epilépticas na unidade de vídeo-eletroencefalografia, em geral possível através da redução ou suspensão dos fármacos antiepilépticos.  Sei que este procedimento médico não é isento de riscos, já que além daquelas complicações possíveis durante a sua realização existem outras que podem ocorrer no período imediato ou tardio.  Os possíveis riscos associados a este procedimento e decorrentes de dificuldades técnicas ou da redução ou suspensão dos fármacos antiepilépticos foram esclarecidos e são os seguintes:   1. Complicações ou dificuldades técnicas durante o procedimento que impeçam a sua realização. 2. Suspensão do procedimento por impossibilidade da realização por condições técnicas ou clínicas surgidas imediatamente antes do seu início. 3. Desencadeamento de crises convulsivas e eventualmente lesões físicas associadas a estas crises. 4. Risco mínimo de desenvolvimento de estado de mal epiléptico, que está associado à morbidade e mortalidade mínimas nessa situação. 5. Risco de piora temporária de comorbidades (outros problemas) psiquiátricos. 6. Outros riscos (especificar quando pertinente)      .   Estou ciente de que a lista anterior pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis que possam acontecer neste procedimento, mas é a lista de riscos mais comuns.  Reconheço que durante o procedimento médico ou no período imediato novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim, autorizo a equipe médica a executar esses atos e outros procedimentos que sejam considerados necessários e desejáveis. Esta autorização estende-se a todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento da equipe médica até o momento em que o exame for iniciado.  Autorizo igualmente que imagens do procedimento e de exames complementares, entre outras, possam ser utilizadas para fins científicos, como apresentação de casos a acadêmicos ou residentes e apresentações em eventos médicos, sendo garantido o 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 prontuário, mantendo o compromisso de sigilo destas informações.  Estou ciente que o tratamento não se limita ao procedimento previsto, sendo que deverei retornar ao consultório/hospital nos dias determinados pela equipe médica, bem como informá-la imediatamente sobre possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir.  **CONCLUSÃO**  Diante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta neste documento e ciente de que a obrigação do médico 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 o procedimento proposto acima é a melhor indicação neste momento para o meu 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 Neurologia**  **Monitorização  Vídeo-Eletroencefalográfica** | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED-523FE – gráfica hcpa – mar23**