|  |  |
| --- | --- |
| TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  **Serviço de Endocrinologia - Provas Funcionais em Endocrinologia**  Eu, abaixo assinado, autorizo o(a) Dr(a)      , equipe médica e assistentes, no Hospital de Clinicas de Porto Alegre (HCPA), a realizarem o procedimento proposto,      , como parte da avaliação para o meu caso ou da pessoa pela qual eu sou responsável. O(a) médico(a) explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos do(s) exame(s) e me foi dada oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente.  Fui informado(a) que as provas funcionais em Endocrinologia são utilizadas quando um diagnóstico de falta ou excesso de produção hormonal não é possível apenas com exames convencionais. Estou ciente que para realização deste exame é necessária a administração de medicamentos por via oral ou endovenosa. O uso destes medicamentos é reconhecido pelos órgãos científicos e reguladores. O(a) médico(a) orientará a respeito dos possíveis efeitos da medicação utilizada para o exame.  Sei que este procedimento não é isento de riscos. Os possíveis riscos associados a este procedimento foram esclarecidos e são os seguintes:   1. Complicações ou dificuldades técnicas que impeçam a realização ou finalização do teste. 2. Suspensão do procedimento por condições técnicas ou clínicas identificadas imediatamente antes da sua realização. 3. Dor ou desconforto no local da punção venosa. 4. Efeitos colaterais relacionados com a medicação empregada, incluindo redução da pressão arterial, tontura, sonolência, enjoo, vômito, queda da glicose no sangue, tremores, suor excessivo, palpitações, ansiedade, perda de consciência, cefaleia (dor de cabeça) e redução do sódio no sangue. 5. Outros riscos (especificar quando pertinente)     .   Estou ciente de que a lista acima contém os riscos mais comuns e pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer neste procedimento.  Fui informado (a) também sobre alternativas diagnósticas ao exame proposto e fui orientado(a) sobre o atendimento a ser feito em caso de surgir algum destes riscos.  Reconheço que durante o procedimento ou no período imediatamente após a sua realização, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, 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 também que os dados clínicos e os exames realizados sejam utilizados para fins científicos, como apresentação de casos a acadêmicos, residentes ou apresentações em eventos médicos, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. Da mesma forma, estou ciente de 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.  **CONCLUSÃO**  Diante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta neste documento. 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 exame 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 Endocrinologia**  **Provas Funcionais em Endocrinologia** | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED-612FE – gráfica hcpa – ago23**