

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
 PARA INTERNAÇÃO E PROCEDIMENTO NA UNIDADE DE
 TERAPIA INTENSIVA**

Este Termo de Consentimento tem o objetivo de **informar ao paciente e/ou ao seu responsável/representante legal, todos os aspectos, riscos e objetivos da INTERNAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)** que o paciente será submetido, complementando as informações prestadas pelo médico assistente e pela equipe multidisciplinar do Hospital Sepaco.

Eu (paciente / nome completo) _____

Data de nascimento _____ nome da mãe (completo) _____

_____.

Para paciente com incapacidade civil / mental (acompanhante e / ou responsável legal)

Eu (nome completo), _____,

portador da cédula de identidade nº _____, responsável pelo (a)

paciente (nome completo) _____

Data de nascimento _____ e nome da mãe (completo) _____

_____.

Indicação/Diagnóstico: _____

Data da entrada na UTI: ____ / ____ / ____

Declaro que:

- I. Após a realização de exames e cuidadosas avaliações fui informado da necessidade e indicação de internação e procedimentos médico-hospitalares em Unidade de Terapia Intensiva (UTI);
- II. Recebi todas as informações necessárias relacionadas à referida internação, os riscos de aceitá-las ou não, os seus benefícios, possíveis intercorrências, eventuais complicações e, também, possíveis alternativas de tratamento. Tudo foi devidamente esclarecido. Todas as minhas perguntas foram detalhadamente respondidas e as minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente;
- III. Fui informado que, com frequência, são necessários cuidados e procedimentos específicos como monitorização dos sinais vitais, instalação de equipamentos de suporte da função respiratória que auxiliam a respiração; procedimentos invasivos, como colocação de cateter de longa permanência, que podem ter inserção central ou periférica; sondas em vasos sanguíneos, no aparelho urinário, no sistema nervoso central, no tórax ou no abdome; intervenções cirúrgicas emergenciais; aplicação de medicamentos e nutrientes para a manutenção do estado nutricional e metabólico; instalação de equipamentos que auxiliam ou substituem a função dos rins;

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA INTERNAÇÃO E PROCEDIMENTO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

sedação/anestesia; atendimento por equipe multiprofissional (médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, farmacêuticos, assistente social); realização de exames de imagem como tomografias, ressonância, angiografias, cateterismos, eventualmente com administração de contraste radiológico e/ou com anestesia local ou geral (que podem ser realizados na própria UTI, no setor de diagnósticos ou no Centro Cirúrgico); assim como , traqueostomia; gastrostomia; endoscopia; colonoscopia; dentre outros;

- IV.** Fui esclarecido que, em decorrência de situações ainda não diagnosticadas ou de complicações emergenciais inesperadas e não discutidas ou previstas, poderá ser necessário um procedimento cirúrgico e transfusão sanguínea, conforme o caso;
- V.** Tenho consciência que, apesar da evolução da medicina e da perícia do médico, não existe qualquer garantia de resultado do tratamento e que todo tipo de procedimento pode ter complicações inesperadas, riscos de sequelas graves, incapacidade permanente e até a morte;
- VI.** Passei 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, e fui avisado que qualquer omissão ou informação equivocada poderá trazer graves prejuízos ou comprometer o resultado do tratamento;
- VII.** Estou plenamente informado e satisfeito com as informações recebidas e sei que poderei esclarecer quaisquer novas dúvidas que possam surgir em qualquer fase do tratamento; e,
- VIII.** Estou ciente que a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um local com regras próprias e restritivas para acompanhantes e visitas, conforme o caso.

LIDO, COMPREENDIDO, CIENTE E DE ACORDO COM TODO O CONTEÚDO DESTES TERMOS, AUTORIZO EXPRESSAMENTE A INTERNAÇÃO E PROCEDIMENTO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI).

(Reservo-me o direito de revogar, total ou parcialmente, este consentimento antes da internação)

Deve ser preenchido pelo paciente ou responsável/acompanhante:

Paciente Responsável / acompanhante

Nome _____

Grau de parentesco _____ assinatura _____

São Paulo, ____ / ____ / ____

Hora: _____:_____

Deve ser preenchido pelo médico:

Declaro para os devidos fins e efeitos que expliquei ao paciente (ou seu responsável/acompanhante/representante legal) de forma clara e objetiva o diagnóstico, **o prognóstico, os riscos e objetivos da necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)**, assim como os seus benefícios e alternativas, esclarecendo suas dúvidas e deixando-o livre para decidir a respeito da internação. De acordo com o meu atendimento, o paciente (ou seu responsável/acompanhante/

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA INTERNAÇÃO E PROCEDIMENTO NA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA**

representante legal) está em perfeitas condições de compreender todo o conteúdo deste Termo e de autorizar a internação para cuidados intensivos.

Nome do médico _____ CRM _____

Assinatura: _____ São Paulo, ____/____/____