**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

|  |
| --- |
| **Procedimento:** **Procedimentos Realizados em Centro de Terapia Intensiva** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Identificação do Paciente (“Paciente”)** | |
| Nome: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data de Nascimento: | \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CPF/ME: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RG: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Identificação do Responsável (“Responsável”)**: (No caso de Paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado): | |
| Nome do Responsável: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Endereço: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Telefone: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CPF/ME: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RG: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Por este instrumento particular, declaro, para todos os fins de direito que, em especial para fins do disposto nos artigos 6º, III e 39, VI, ambos da Lei 8.078/90 (“Código de Defesa do Consumidor” ou “CDC”), **que, sem qualquer vício de vontade ou consentimento, dá total autorização** ao médico para proceder às investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar os Procedimentos listados abaixo (o “Procedimento”), a ser realizado no Hospital Orizonti, localizado na Avenida José de Patrocínio Pontes, n° 1355, Bairro Mangabeiras, CEP n° 30.210-090, na Cidade de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais.

Assim sendo, declaro que o Médico, atendendo ao que determinam os artigos 22 e 34 da Resolução CFM no. 1.931/09 (“Código de Ética Médica”) e após a apresentação de métodos médicos alternativos, sugeriu o Procedimento (anteriormente citado), prestando as informações detalhadas sobre o estado de saúde do Paciente, diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizados, em especial as que seguem abaixo:

1. Estou ciente de que a internação no CTI (Centro de Tratamento Intensivo) justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médicos assistenciais intensivos.

2. Estou ciente de que poderão ser necessários procedimentos habitualmente realizados em CTI. Os mais frequentemente utilizados estão sumariamente relacionados a seguir:

Monitorização dos sinais vitais (pressão, temperatura, frequência respiratória, função cardíaca e respiratória e saturação de oxigênio e outros gases); Instalação de equipamentos de suporte da função respiratória que auxiliam a respiração (máscaras, tubos endotraqueis e traqueostomias ligados a aparelhos ou fontes de gases);

Procedimentos invasivos como:

* Colocação de cateteres ou sondas em vasos sanguíneos, no aparelho urinário, no sistema nervoso central, no tórax ou no abdômen;
* Cardioversão elétrica, implante de marca-passo, balão intra-aórtico e Swan-Ganz;
* Punção abdominal (paracentese);
* Punção (toracocentese) e/ou drenagem de tórax;
* Punção lombar;
* Suporte nutricional por tubo digestivo ou nutrição parenteral;
* Ou outras intervenções cirúrgicas emergenciais;
* Instalação de equipamentos que auxiliam ou substituem a função dos rins (diálise e hemodiálise);
* Medicamentos e nutrientes para a manutenção do estado nutricional e metabólico;
* Realização de exames de imagem, eventualmente com administração de contraste radiológico e anestesia geral tais como: tomografia e/ou ressonância magnética;
* Realização de colonoscopia e/ou endoscopia, assim como procedimentos ligados a realização desses exames (mucosectomia, polipectomia, hemostasia, entre outros) e coleta de material para análise (anatomia patológica), caso seja necessário.
* Sedação superficial ou profunda;
* Atendimento por equipe multiprofissional composta por (médicos e enfermeiras especialistas, fisioterapeutas, nutricionistas e outros) conforme a necessidade.

1. Estou ciente de que durante e após os exames e/ou procedimentos, acima especificados, poderão ocorrer transtornos ou complicações inerentes a eles, tais como: infecções; sangramentos; lesões viscerais, mucosas e cutâneas; alterações do estado de consciência e coma; necessidade de transfusão de sangue e/ou derivados, parada cardiorespiratória; perda ou piora de função orgânica; reações alérgicas, Enfisema subcutâneo; pneumomediastino; pneumotórax e outros.
2. Permito quando necessário **A INFUSÃO DE SANGUE E SEUS COMPONENTES (TRANSFUSÃO DE SANGUE).** A transfusão de sangue e hemocomponentes é o procedimento pelo qual ocorre a transferência de certa quantidade de sangue ou de alguns de seus componentes (concentrado de hemácias, plasma fresco, plaquetas ou criopreciptado, etc), de um indivíduo-doador para o paciente-receptor. Apesar dos hemocomponentes serem preparados e testados de acordo com normas rígidas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), complementadas por normas internacionais de transfusão, existe a possibilidade de ocorrem reações adversas à transfusão. As reações poderão ser leves ou graves, imediatas ou tardias, apresentando sintomas como náuseas, febre, sudorese, calafrios, ou ainda dispneia e serem classificadas como reações alérgicas, reações febris não hemolítica, hemolítica aguda, lesão pulmonar aguada associada à transfusão, hipotensão, sobrecarga volêmica, contaminação bacteriana, doenças infecciosas, dentre outras. Mesmo com a observância e realização de todos os exames sorológicos previsto em lei para garantir a segurança transfusional, existe o risco de a transfusão transmitir doenças infecciosas (tais como hepatite B e C, HIV, Chagas, Sífilis).
3. Estou ciente de que, para realizar os procedimentos acima especificados, poderá ser necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico.

Declaro, adicionalmente, que:

1. Tive oportunidade de livremente perguntar todas as dúvidas e que recebi todas as respostas da equipe médica, a qual me esclareceu todas as dúvidas relativas ao Procedimento e as operações a qual o Paciente será submetido, exceto em casos emergenciais, onde este termo poderá ser adquirido e inclusive registrado em outros formatos específicos.

2. Em caso de intercorrências que ocorram durante o presente procedimento/exame/tratamento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos, autorizo a equipe médica a realização de novos procedimentos/exames/tratamentos, sendo tal autorização necessária para afastar os riscos prejudiciais à saúde e à vida.

3. Assim, declaro também estar ciente de que os Procedimentos realizados não implicam necessariamente na cura, e que a evolução da doença e o tratamento poderão eventualmente modificar condutas inicialmente propostas.

4. A realização de outros procedimentos invasivos, terapias alternativas e os registros fotográficos da pele ou lesões, caso ocorram, ficarão limitados aos profissionais de saúde do Hospital Orizonti.

5. Autorizo que fragmentos de tecidos sejam removidos cirurgicamente e que seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento (exemplos: exames de endoscopia/colonoscopia dentre outros).

6. Autorizo a divulgação das informações médicas contidas em meu prontuário, exclusivamente para finalidade científica da Instituição, desde que minha identidade permaneça anônima.

7. Autorizo a realização de filmagens/fotografias e, caso necessário, a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a)/cirurgião(ã)-dentista, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro, assegurando o pleno sigilo de minha identidade.

**ANEXO 1: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E RESSONÂNCIA MAGNÉTICA**

Fui informado que a realização de exame de tomografia computadorizada é necessária para auxílio do diagnóstico preciso e definição de eventual tratamento. Este exame utiliza raios-X (radiação ionizante) para a geração de imagens, no entanto utilizando a menor dose possível.

O médico radiologista (em conjunto com o médico intensivista), avaliará a necessidade da administração de meio de contraste iodado por via oral e/ou por via venosa para melhor informação diagnóstica.

O uso do meio de contraste é considerado um procedimento seguro e suas reações adversas não são comuns, sendo mais frequentemente leves (náuseas, vômitos) ou moderadas (edema facial e broncoespasmo, entre outras). As reações adversas graves (insuficiência renal ou respiratória, inclusive com risco de vida) são extremamente raras, com incidências que variam de 1 para cada 100.000 a 1 para cada 400.000 exames contrastados realizados. Como estas reações adversas são mais frequentes em determinados grupos de pacientes, solicitamos preencher o questionário abaixo para que possamos avaliar o seu grau de risco, respondendo a cada pergunta abaixo:

1. Já fez algum exame com contraste iodado (Tomografia Computadorizada, Arteriografia, Urografia, Colecistograma Oral, Cateterismo Cardíaco)?

q Sim q Não q Não informado

2. Você já apresentou reação alérgica ao utilizar contraste iodado?

q Sim q Não q Não informado

3. É portador de asma, bronquite ou rinite?

q Sim q Não q Não informado

4. Tem algum tipo de alergia?

q Sim q Não q Não informado

5. Você tem alergia à sulfa?

q Sim q Não q Não informado

6. Você tem alergia a penicilina?

q Sim q Não q Não informado

7. Alergia prévia a outro tipo de medicamento ou a outras substâncias?

q Sim q Não q Não informado

Caso tenha respondido sim, a qual substância / medicação?

8. Você tem alergia de pele (urticária)?

q Sim q Não q Não informado

9. É portador de insuficiência renal ou outra doença dos rins?

q Sim q Não q Não informado

10. Faz diálise?

q Sim q Não q Não informado

11. Faz uso de algum medicamento?

q Sim q Não q Não informado

Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Você pode estar grávida?

q Sim q Não q Não informado

13. Já fez alguma cirurgia?

q Sim q Não q Não informado

Quais? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Autorização**

Autorizo a utilização do meio de contraste iodado intravenoso e/ou oral, bem como qualquer procedimento médico necessário para a adequada realização do exame?

q Sim q Não

Autorizo que as imagens obtidas durante o procedimento realizado sejam encaminhadas para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico e terapêutico, bem a veiculação das referidas imagens exclusivamente para finalidade científica da Instituição, desde que assegurando o pleno sigilo de minha identidade.

q Sim q Não

Certifico que li este termo, o que foi explicado pra mim, pelo Médico e sua equipe, inclusive quanto à possibilidade de sua revogação, de forma clara, objetiva e em linguagem compreensível ao leigo em medicina e que compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido. Tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais me foram respondidas de forma igualmente compreensível, não restando assim nenhuma dúvida adicional.

**Pleno deste entendimento, autorizo a realização quando necessário dos Procedimentos propostos aqui estabelecidos.**

Belo Horizonte, MG, [\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_][\_\_:\_\_]

|  |
| --- |
| **Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| (No caso de Paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado)  **Assinatura do Responsável Legal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

Confirmo que expliquei detalhadamente ao(à) Paciente ou ao(à) Responsável, o propósito, os riscos, os benefícios, os prognósticos e as alternativas para o(s) Procedimento acima descrito.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do Médico Assistente e carimbo**