

O (A) paciente \_\_\_\_\_ data de nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_,

ou seu responsável \_\_\_\_\_, declara que:

- 1) Está ciente de que a internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) se justifica pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais intensivos;
- 2) Está ciente que podem ser necessários procedimentos habitualmente realizados em UTI, tais como:
  - Monitorização dos sinais vitais (pressões, temperatura, frequência respiratória e cardíaca, saturação de oxigênio e outros gases);
  - Instalação de equipamentos de suporte da função respiratória que auxiliam a respiração (máscaras faciais ou nasais e tubos na traqueia ligados a aparelhos ou fontes de gases), assim como cricotireoidostomia e traqueostomia de urgência ou eletiva;
  - Procedimentos invasivos, como colocação de cateteres ou sondas em artérias e veias, no aparelho urinário, no sistema nervoso central, no tórax ou abdômen, ou outras intervenções cirúrgicas emergenciais;
  - Medicções e nutrientes para manutenção do estado nutricional e metabólico, assim como passagem de sondas orais ou nasais que são localizadas no tubo digestivo (estômago ou intestino). Procedimentos podem ser realizados pela enfermagem ou por via endoscópica;
  - Intervenções para manter a estabilidade clínica, como colocação do paciente em ventilação mecânica, colocação de marcapasso externo ou transvenoso, colocação de balão intra-aórtico, colocação de hemodiálise, colocação de membrana de oxigenação extracorpórea, colocação de cateter de monitorização de pressões pulmonares, cardioversão elétrica (choque) para arritmias e/ou atendimento de parada cardiorrespiratória, realização de cateterismo cardíaco, realização de endoscopia digestiva alta ou baixa;
  - Atendimento por equipe multidisciplinar – médicos, médicos residentes, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, entre outros.
- 3) Está ciente de que, nos exames e procedimentos antes mencionados, poderão ocorrer transtornos ou complicações inerentes aos mesmos, a curto/médio ou longo prazo, como os seguintes: infecções; sangramentos; lesões viscerais, mucosas e cutâneas; alterações do estado de consciência e coma; necessidade de transfusões de sangue e/ou derivados; parada cardiorrespiratória; perda ou piora da função orgânica. Todos os procedimentos serão realizados por profissionais treinados e qualificados para tal;
- 4) Está ciente de que, para realizar o (s) procedimento (s) acima especificado (s) poderá (ão) ser necessário (s) o emprego de anestesia, cujos métodos/técnicas/fármacos anestésicos serão de indicação do médico anestesista ou do médico executor do procedimento;
- 5) Por livre iniciativa, autoriza a equipe assistencial da UTI do Hospital Dona Helena e os médicos responsáveis a realizar o (s) procedimento (s) na forma como foi exposto no presente termo, assim como, os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis ou emergenciais. Permite que esta equipe utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, através dos recursos médicos conhecidos e disponíveis no Hospital Dona Helena.
- 6) Foi informado que após a realização deste (s) procedimento (s) poderei obter maiores informações de sua necessidade, o que será feito preferencialmente pelo médico assistente, ou na ausência deste, pelo médico pelo procedimento;
- 7) *Está ciente que no momento da alta, seu familiar deverá ser acompanhado por um membro da família para que sua transferência para Unidade de Internação seja realizada. No entanto, você fica ciente que a liberação do leito do UTI é uma prioridade em razão de situações clínicas dos pacientes a eles destinados. Sendo assim, quando da liberação o paciente deverá ser encaminhado ao leito destinado/disponível nas dependências do HDH.*
- 8) Está ciente e compreende todas as informações contidas nesse documento e solicita que não sejam realizados os seguintes procedimentos abaixo descritos (descreva por extenso os procedimentos que não deseja receber durante a internação na UTI - Preenchimento pelo paciente ou seu responsável)

Observação: este item 8, para ser cumprido necessitará da avaliação da equipe médica.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

9) Não é permitido na UTI:

- a) Uso de celulares ou equipamentos eletrônicos;
- b) Fotografar e/ou gravar o ambiente, colaboradores e pacientes, a fim de preservar o direito a privacidade prescrito na Constituição Federal e constante nas normas internas da Instituição;
- c) Visitar ou solicitar informações a respeito do quadro de outros de pacientes internados na UTI;
- d) Trazer flores, objetos decorativos e animais de estimação;

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou seu (sua) responsável (eis) o propósito, os benefícios, os riscos e alternativas para o (s) tratamento (s) e procedimento (s) acima descritos.

**Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas pelo médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.**

**Fica também estabelecido que diante do procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.**

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

**Deve ser preenchido pelo médico assistente**

Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

Joinville (SC), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

**CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS**

Assinatura do(a) paciente \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente \_\_\_\_\_

RG Nº \_\_\_\_\_

RG Nº \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

Joinville (SC), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

**Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º.** O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

**Código de Ética Médica: Art. 22º** Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**OBS: Obrigatório rubricar todas as vias, médico e paciente/responsável.**