



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO INTERNAÇÃO CLÍNICA		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

1. NATUREZA E OBJETIVO DO TRATAMENTO

Após a realização de exames e cuidadosas avaliações diagnósticas, fui devidamente informado sobre a necessidade e indicação de internação e procedimentos médico-hospitalares em Unidade de Internação. Compreendo que, durante o período de permanência hospitalar, poderão ser necessários diversos procedimentos invasivos e não invasivos, em caráter programado ou emergencial, visando o diagnóstico, monitoramento e tratamento da patologia apresentada, incluindo, mas não se limitando a:

- Monitorização contínua de sinais vitais e funções orgânicas;
- Suporte respiratório, oxigenoterapia e ventilação mecânica, se necessário;
- Acessos vasculares (inserção de cateteres periféricos ou centrais) e sondagens (gástrica, enteral ou vesical);
- Administração de terapêutica medicamentosa, fluidos e suporte nutricional;
- Exames complementares de imagem e laboratoriais (com ou sem uso de meios de contraste);
- Atendimento e intervenções por equipe multiprofissional (enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, entre outros);
- Procedimentos de sedação e técnicas anestésicas para fins diagnósticos ou terapêuticos.

2. RISCOS, BENEFÍCIOS E PROBABILIDADE DE SUCESSO

Fui esclarecido de que o benefício primário esperado é a estabilização clínica, cura ou palição dos sintomas da doença. Contudo, reconheço que a medicina não é uma ciência exata e que não existe garantia absoluta de resultado ou probabilidade matemática invariável de sucesso, uma vez que a resposta biológica é individual.

Os riscos e complicações potenciais inerentes ao ambiente hospitalar e aos procedimentos incluem: reações alérgicas a fármacos ou contrastes, infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), hemorragias, eventos tromboembólicos, complicações anestésicas, risco de sequelas temporárias ou permanentes e, em situações críticas, o óbito.

3. ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO E RESULTADOS DO NÃO TRATAMENTO

Recebi informações detalhadas sobre as opções terapêuticas disponíveis, incluindo alternativas clínicas (medicamentosas) e/ou cirúrgicas, bem como métodos menos invasivos, quando aplicáveis ao meu quadro. Fui igualmente alertado sobre os riscos da recusa ou do não tratamento imediato, que compreendem o agravamento progressivo da patologia, perda de função de órgãos, dor intratável e risco iminente à vida.

4. USO DE SANGUE E HEMODERIVADOS

Compreendo a possibilidade de necessidade de transfusão de sangue e/ou uso de hemocomponentes (plasma, plaquetas, crioprecipitado) em situações de anemia grave ou hemorragia. Fui informado sobre os riscos (reações transfusionais imunológicas e transmissão de doenças infecciosas, apesar da rigorosa triagem sorológica) e os benefícios vitais da hemoterapia. Foram discutidas as alternativas ao uso de sangue, como expansores volêmicos ou estimuladores da

hematopoiese, sendo a transfusão autorizada apenas quando estritamente necessária para a preservação da vida.

5. MANEJO DA DOR PÓS-OPERATÓRIA E CLÍNICA

Fui orientado sobre as estratégias para o manejo da dor durante a internação e no período pós-operatório. A equipe médica discutiu as opções analgésicas (sistêmicas, bloqueios regionais ou analgesia controlada pelo paciente), seus potenciais efeitos colaterais (como náuseas ou sonolência) e a importância da comunicação ativa sobre a escala de dor para o ajuste preciso da terapêutica.

6. INFORMAÇÕES PRESTADAS PELO PACIENTE E SEGURANÇA

Declaro ter fornecido ao médico assistente todo o histórico clínico fidedigno, incluindo alergias conhecidas, cirurgias prévias, uso de medicamentos (fitoterápicos, suplementos ou drogas ilícitas) e hábitos de vida. Estou ciente de que a omissão de dados clínicos pode comprometer gravemente a segurança do tratamento e aumentar o risco de eventos adversos.

7. POSSIBILIDADE DE MODIFICAÇÃO DE CONDUTA

Reconheço que, durante a internação ou ato cirúrgico, podem surgir situações imprevistas ou complicações emergenciais que exijam a modificação do plano terapêutico inicial. Nestes casos, autorizo a equipe médica, após receber detalhes e motivos da alteração da conduta, a realizar os procedimentos adicionais necessários para resguardar minha integridade física e vida, pautando-se pela melhor evidência científica disponível.

8. REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO E AUTONOMIA

Entendo que este consentimento pode ser revogado por mim ou por meu responsável legal a qualquer momento, antes da realização dos procedimentos, sem qualquer penalidade ou prejuízo ao meu atendimento futuro, desde que a interrupção do tratamento não configure risco iminente de morte, hipótese em que a equipe médica deverá agir conforme o dever ético de preservação da vida.

9. DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Confirmo que este termo foi lido e explicado em linguagem clara. Tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais foram respondidas de forma satisfatória. Sinto-me devidamente informado para tomar esta decisão de forma livre e consciente, autorizando a internação e os procedimentos propostos. Comprometo-me a expressar previamente negativas de forma expressa e irrevogável a atos, tratamentos ou condutas os quais opto por não autorizar.

Declaro ter sido devidamente informado(a) e compreender que o Hospital atua como um hospital de ensino. Estou ciente e concordo que, em virtude dessa natureza institucional, meu atendimento poderá contar com a participação de médicos residentes, internos e outros profissionais de saúde em treinamento, os quais poderão realizar avaliações clínicas, prescrever tratamentos e atuar nos procedimentos indicados.

Compreendo e recebo a garantia de que toda a atuação desses profissionais em formação ocorrerá sempre sob a supervisão e responsabilidade de um médico assistente ou preceptor titular, assegurando que o meu cuidado seja conduzido com os mais altos padrões de qualidade e segurança.



PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

Declaro que expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está(ão) em condições de compreender o que lhes foi informado.

PROFISSIONAL

Nome:

Número do Conselho Profissional/ES:

_____ às _____ de _____ de _____ de _____.
Local, hora, data

1ª via: médico 2ª via: Paciente 3ª via: Prontuário *(levar para o Hospital no dia do procedimento)*.