INTERNAÇÃO CLÍNICA

PACIENTE/RESPONSÁVEL _____

CÉDULA DE IDENTIDADE _____ ESTADO CIVIL _____ NACIONALIDADE _____

PROFISSÃO _____ ENDEREÇO _____

Nº/CIDADE _____ TELEFONE _____

Eu,_____,
nº de identidade_____, [ ] Paciente / [ ] Responsável (Grau de Parentesco _____), declaro que:

1. Após a realização de exames e cuidadosas avaliações fui (fomos) informado(s) da necessidade e indicação de internação e procedimentos médico-hospitalares em Unidade de Internação;

2. Recebi (Recebemos) todas as informações necessárias relacionadas à referida internação, os riscos de aceitá-la 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;

3. Entendo que durante a internação, poderão ser necessários diversos procedimentos invasivos para que o tratamento seja adequadamente realizado na unidade onde eu me mantiver internado ou em outras unidades dentro do hospital, em caráter programado ou emergencial. Estes procedimentos incluem: monitorização dos sinais vitais (pressões, temperatura, frequência respiratória, função cardíaca e respiratória, saturação de oxigênio e outros gases); instalação de equipamentos de suporte da função respiratória que auxiliam a respiração (máscaras e tubos na traquéia ligados a aparelhos ou a 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 abdomen, ou outras intervenções cirúrgicas emergenciais; medicamentos e nutrientes para a manutenção do estado nutricional e metabólico; atendimento por equipe multiprofissional (médicos e enfermeiras especialistas, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogas, psicólogos, e outros profissionais); instalação de equipamentos que auxiliam ou substituem a função dos rins (diálise); sedação e procedimentos anestésicos;

4. Pode ser necessária a realização de exames de imagem eventualmente com a administração de contraste radiológico, assim como procedimentos diagnósticos invasivos ou não;

5. Fui esclarecido que, em decorrência de situações ainda não diagnosticadas ou de complicações emergenciais, inesperadas e não discutidas ou previstas, poderá ser necessário procedimento cirúrgico;

6. 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, risco de sequelas graves, incapacidade permanente e até de morte e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas;

7. Prestei ao médico todas as informações relativas à saúde, hábitos, presentes e passados, 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;

8. 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 a qualquer momento;

9. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento ou parte dele, que especificarei, desistindo do tratamento, desde que não haja risco de vida.

Lido, compreendido, ciente e de acordo com todo o conteúdo deste termo, autorizo expressamente a internação e procedimentos em unidade hospitalar.

_____	_____
PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL	MÉDICO
Nome (se resp. legal):	Nome:
Grau de parentesco:	CRM:
RG: CPF:	

_____, ____ de _____ de _____.

TESTEMUNHAS

_____	_____
NOME COMPLETO:	NOME COMPLETO:
RG:	RG: