

## INTERNAÇÃO E PROCEDIMENTO EM UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC

Eu \_\_\_\_\_,  
nº de identidade \_\_\_\_\_, ( ) Paciente / ( ) Responsável (Grau de Parentesco \_\_\_\_\_), declaro que:

1º) estou ciente de que a internação no CTI (Centro de Tratamento Intensivo Adulto / Centro de Tratamento Intensivo Cirúrgico / Centro de Tratamento Intensivo Pediátrico / Centro de Tratamento Intensivo Neonatal) justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais intensivos;

2º) estou ciente de que podem ser necessários procedimentos habitualmente realizados em CTI tais como:

- 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 traqueia 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 abdômen, 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, etc);
- Instalação de equipamentos que auxiliam ou substituem a função dos rins (diálise);
- Realização de exames de imagem, eventualmente com administração de contraste radiológico e/ou com anestesia geral;
- Sedação;

3º) estou ciente de que, nos exames e/ou procedimentos acima especificados, poderão ocorrer transtornos ou complicações inerentes aos mesmos, durante e após a intervenção, como os seguintes: 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 da função orgânica; reações alérgicas e outros;

4º) 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 anestesista;

5º) por livre iniciativa, autorizo a equipe assistencial do Centro de Tratamento Intensivo do Meridional Cariacica (Centro de Tratamento Intensivo Adulto / Centro de Tratamento Intensivo Cirúrgico / Centro de Tratamento Intensivo Pediátrico / Centro de Tratamento Intensivo Neonatal) e aos médicos responsáveis, a realizarem os procedimentos na forma como foi exposto no presente termo, assim como os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis ou emergenciais. Permito que esta equipe utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, através dos recursos conhecidos no Meridional Cariacica.

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

MÉDICO

Nome:

CRM:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**TESTEMUNHAS**

NOME COMPLETO:

RG:

NOME COMPLETO:

RG:

1ª via: médico

2ª via: Paciente

3ª via: Prontuário (levar para o Hospital no dia do procedimento).