

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu () Paciente () Responsável – grau de parentesco: _____, nascido em ___/___/___, inscrito no CPF sob o nº _____, Autorizo o Complexo de Saúde São João de Deus - CSSJD, a realizar procedimentos, sejam eles: exames, tratamento e/ou cirurgia, em situações imprevistas (caráter de urgência/emergência) que possam ocorrer e que justifiquem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos. A proposta de tratamento(s), assistência clínica, medicamento (s), transfusão sanguínea ou procedimento(s) - exames(s) e/ou cirurgia(s) a qual(is) o paciente será submetido, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas serão explicadas durante os cuidados assistenciais pela equipe médica, sendo concedida ao paciente e/ou responsável oportunidade para perguntas e respostas (Termo de Conhecimento, Esclarecimento e Consentimento – De acordo com o procedimento a ser realizado). Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital para se obter o melhor resultado. Estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o tratamento/assistência/ procedimento/ exame. A Fundação Hospitalar São Francisco de Assis preza pelas necessidades individuais, crenças e valores próprios de cada paciente e acompanhante, mas também preza pelo bom funcionamento do fluxo de atendimento para alcançar a excelência em saúde. Para isso é necessário que os pacientes e os acompanhantes cumpram alguns deveres para que possamos proporcionar o maior conforto e organização durante o atendimento:

- O paciente e/ou o seu responsável legal tem o dever de dar informações precisas, completas e apuradas sobre o histórico de saúde, doenças prévias, procedimentos médicos anteriores e outros problemas relacionados à sua saúde;
- Informar as mudanças inesperadas do seu estado de saúde atual aos profissionais responsáveis pelo seu tratamento;
- Seguir as instruções recomendadas pela equipe multiprofissional que o assiste, sendo responsável pelas consequências da sua recusa deixando registrado através de documento formal com assinatura do usuário ou responsável legal;
- Respeitar as normas e os regulamentos do hospital, tais como:
- A entrada do visitante e acompanhante no hospital será SOMENTE mediante a identificação com documento de RG ou outro documento com foto;
- A troca do acompanhante deverá ser realizada nos horários de visitas estipulados pela instituição;
- Manter silêncio nas dependências do Hospital;
- Não manusear equipamentos ou materiais que o paciente esteja fazendo uso, sem autorização (sonda, soro, curativo);
- Os visitantes e acompanhantes não devem deitar, sentar e/ou colocar pertences no leito dos pacientes;
- Em casos de isolamento /precaução do paciente, o familiar e/ou acompanhante deverá se dirigir ao posto de enfermagem, para receber as devidas orientações;
- É proibida a entrada de alimentos e bebidas dentro da instituição;

- Os pertences como roupas de cama trazidas de casa só poderão ser utilizadas pelo acompanhante. O paciente deverá utilizar roupas de cama fornecidas pela Instituição;
- A instituição não fornece roupas de banho (toalhas) para acompanhantes e pacientes;
- A instituição não fornece produtos de higiene pessoal;
- É proibida a entrada com roupas inadequadas como: shorts e minissaias.
- Atender e respeitar a proibição de fumo nas dependências do hospital, extensiva aos seus acompanhantes, conforme a legislação vigente;
- Respeitar os direitos dos demais pacientes, colaboradores e prestadores de serviço da Instituição, mantendo uma relação de cortesia;
- Zelar pelo patrimônio e estrutura física da Fundação Hospitalar São Francisco de Assis;
- Zelar pela preservação da própria imagem, de outros pacientes e colaboradores da Fundação Hospitalar São Francisco de Assis; não expondo os mesmos através de registros fotográficos e/ou quaisquer outros meios. Portanto, é proibido obter fotos e realizar filmagens nas dependências do hospital;

É importante ressaltar que a Instituição não liga para o responsável solicitando pagamento para realização de exames, procedimentos, honorários médicos ou transporte, a internação é totalmente custeada pelo SUS;

Atesto que neste momento recebi uma cópia e possuo pleno conhecimento de todo o presente termo, o qual é composto por 2 (duas) vias.

Divinópolis, de de

Assinatura do Paciente ou Responsável