

TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS EM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao: Paciente e ou Responsável, quanto aos principais aspectos relacionados a realização de procedimentos em Terapia Intensiva ao(s) qual(is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de colaboradores do Complexo de Saúde São João de Deus, profissionais especializados e empresas prestadores de serviços parceiros do CSSJD.

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Os artigos 22, 24 e 31 do Código de Ética Médica garantem, ao paciente ou responsável legal, informações sobre os procedimentos a serem realizados e o direito de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Eu, _____, Identidade nº _____,

() Paciente () Responsável - grau de parentesco: _____.

Declaro que:

- 1) Fui informado que a internação no CTI (Centro de Terapia Intensiva) justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médicos – assistenciais intensivos.
- 2) Estou ciente que podem ser necessários procedimentos durante assistência médica em CTI, tais como:
 - Instalação de equipamentos ventilatórios que facilitam na função respiratória (intubação);
 - Procedimentos invasivos como: cateter vascular, cateter urinário, cateter no sistema nervoso central, dreno de tórax, dreno de abdômen, implante de marca-passo e outros procedimentos cirúrgicos de emergência necessários;
 - Medicamentos e nutrientes para a manutenção do estado nutricional e metabólico;
 - Instalação de equipamentos que auxiliam ou substituem as funções dos rins (diálise);
 - Transporte para as unidades do hospital para a realização de exames ou transferência de CTI;
- 3) Compreendo que, nos procedimentos descritos acima, poderão ocorrer eventos adversos ou complicações inerentes aos mesmos, como os seguintes: infecções; sangramentos; lesões viscerais, mucosas e cutâneas; alterações no estado de consciência e coma.
- 4) Declaro estar ciente que para realizar os procedimentos acima descritos, poderá ser necessário o emprego de anestésias, cujas técnicas e fármacos serão indicados pelo próprio médico.
- 5) Autorizo ainda qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, contenção química e/ou mecânica indicada pelo médico nos casos de confusão mental e/ou *Delirium*.

Confirmo que recebi todas as explicações pertinentes, compreendo e autorizo os procedimentos acima descritos, quando houver necessidade, para o pronto restabelecimento do paciente.

Divinópolis, _____ de _____ de _____

Assinatura: _____

TESTEMUNHAS

1ª Testemunha

2ª Testemunha

Nome: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Identidade: _____

Identidade: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente ou responsável legal, o objetivo, os riscos e os benefícios dos procedimentos acima descritos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, estão em condições de compreender o que lhe(s) foi informado.

Assinatura/Carimbo _____ CRM/MG _____

**CODIGO DE ETICA MEDICA: CRM -
MG**

E vedado ao médico:

Art.22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu responsável legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 31. 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 risco iminente de morte.

OUTRAS ANOTAÇÕES