

TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO DO RISCO DE QUEDA DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

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 ao **RISCO DE QUEDA DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO** e/ou suas complicações, 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 parceiras do CSSJD.

PROCEDIMENTO, COMPLICAÇÕES E RISCOS

1) **Conceito:** queda pode ser definida como "um evento não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo, em relação a sua posição inicial, a queda se dá em decorrência da perda total do equilíbrio postural, podendo estar relacionada à insuficiência súbita dos mecanismos neurais e osteoarticulares envolvidos na manutenção da postura. Alguns autores referem-se à queda como uma síndrome geriátrica por ser considerado um evento multifatorial e heterogêneo.

2) **Complicações e Riscos:** as fraturas de fêmur, rádio, clavícula e outras, como coluna, úmero, escápula, patela e nariz, medo de voltar a cair, hospitalização, tratamento cirúrgico, modificação de hábitos, necessidade de auxílio para as atividades diárias e até mesmo o óbito em alguns casos.

3) **Informações Pertinentes:** é orientando ao paciente e acompanhante manter as grades da cama sempre elevadas, o fornecimento de supervisão/auxílio para movimentação, ir ao banheiro durante o banho. Se o paciente apresentar risco elevado ou muito elevado, a enfermagem será responsável por estes procedimentos e deve ser comunicada sempre que o paciente for permanecer sem acompanhante. O quarto não deverá permanecer totalmente escuro, atentar para objetos deixados nas passagens, para o travamento de camas e cadeiras de rodas ao sentar ou levantar-se, manter a campainha e objetos pessoais ao alcance do paciente. Usar calçados antiderrapantes e não utilizar roupas que arrastem no chão. Solicitar ajuda da enfermagem sempre que tiver necessidade de ajuda ou dúvidas. O uso de próteses (muletas, bengalas, andadores) não apresenta proteção contra quedas. O uso de medicamentos que causam sedação ou tonteiras agrava em muito o risco de quedas (anti-hipertensivos, calmantes, antidepressivos, alguns medicamentos para dor, laxantes e diuréticos que levam a aumento de frequência e urgência de ir ao banheiro, etc.).

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, _____, inscrito no CPF sob o nº _____ () Paciente () Responsável grau de parentesco: _____, declaro que recebi do (a) Enfermeiro (a) _____, COREN: _____ todas as informações pertinentes ao procedimento e suas complicações de forma oral, em linguagem clara e simples, e que compreendo o alcance, os riscos, complicações de não adesão as medidas de segurança. Declaro ciência de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer em caso de queda do leito, mas é a lista de riscos mais comuns e severos.

TESTEMUNHAS

1ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

2ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

DECLARAÇÃO DO ENFERMEIRO

Declaro ter explicado todo o procedimento, riscos e consequências relacionada a **QUEDA DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO** ao paciente/responsável acima identificado, tendo respondido às perguntas formuladas pelo (s) mesmo (s). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhe (s) foi informado.

Divinópolis, _____ de _____ de _____

completo: _____ COREN: _____

Assinatura