

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA INTERNAÇÃO E PROCEDIMENTO NA UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO

Nome do Paciente :	
Data de Nascimento:	Nº da Internação:

Eu, abaixo assinado, declaro que:

1º) Estou ciente que a internação na UTI (Unidade de Tratamento Intensivo Adulto) justifica-se pela necessidade de serem oferecidos e/ou mantidos cuidados médicos-assistenciais intensivos, para atendimento das atuais condições clínicas, bem como para proceder nas investigações necessárias ao diagnóstico, estado de saúde e conduta terapêutica;

2º) Fui esclarecido e entendi que podem ser necessários procedimentos invasivos habitualmente realizados em UTI e podem ser indispensáveis ao tratamento, como:

- A monitorização dos sinais vitais (pressão, temperatura, função cardíaca e respiratória);
- A instalação e equipamentos de suporte da função respiratória que auxiliam a respiração (máscara ou tubos na traqueia, ligados a aparelhos ou fonte de gases);
- A colocação de cateteres ou sondas em vasos sanguíneos, no aparelho digestivo, no sistema urinário, no sistema nervoso central, no tórax ou no abdômen, ou outras intervenções cirúrgicas emergenciais;
- Uso de medicações para alterar a pressão sanguínea, tratar ou prevenir infecções, fisioterapia, sedação por uso de medicamentos e técnicas de reanimação cérebro-cardiorespiratória para manter a estabilidade clínica;
- Medicamentos e nutrientes especiais conforme indicação médica e do nutricionista para manter o estado nutricional e metabólico.
- A instalação de equipamentos que auxiliam ou substituem a função e sistemas vitais, como hemodiálise;
- Realização de exames de imagem, eventualmente com administração de contraste radiológico e/ou anestesia geral;
- Realização de medidas de higiene e conforto, conforme rotina preconizada como por exemplo: banho, higiene oral e outros cuidados;
- Além de infusão de hemoderivados (transfusão sanguínea);

3º) Estou ciente de que, nos exames e/ou procedimentos antes mencionados, poderão ocorrer transtornos, intercorrências ou complicações inerentes aos mesmos, durante ou após a intervenção, como os seguintes: infecções, hemorragias, lesões viscerais, mucosas e cutâneas, alterações do estado de consciência e coma, parada cérebro-cardio-respiratória, perda ou piora da função orgânica, choque anafilático, limitação funcional, sequelas graves, incapacidade permanente ou até mesmo a morte.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA INTERNAÇÃO E PROCEDIMENTO NA UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO

4º) Estou ciente que, para realizar os procedimentos acima especificados, poderá ser necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação do médico anestesista;

5º) Estou ciente de que o atendimento será feito por uma equipe multiprofissional composta por: médicos, enfermeiros especialistas, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, entre outros;

6º) Por livre iniciativa, autorizo, na forma prevista pelo artigo 39, inciso VI, do Código de Defesa do Consumidor a equipe assistencial da Unidade de Tratamento Intensivo Adulto do Hospital Sapiranga e todos da equipe multiprofissional, a realizar os procedimentos na forma como foi exposta no presente termo, assim como os procedimentos necessários às situações previsíveis ou emergenciais. Permito que esta equipe utilize o seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, bem como para proceder nas investigações necessárias ao diagnóstico e terapêutica indicada, através dos recursos médicos conhecidos na atualidade e disponíveis no Hospital Sapiranga, sendo que os responsáveis e/ou familiares serão, sempre que possível, avisados e orientados sobre os procedimentos a serem realizados, seus riscos e objetivos.

Sapiranga, _____ de _____ de 20_____.

Nome completo do Paciente ou Responsável***:	
Assinatura:	CPF:

***Quando o paciente for menor de 18 anos, possuir responsável legal ou não estiver em condições de discernir e/ou assinar este documento.

Médico responsável pela aplicação do termo de consentimento informado

Assinatura e carimbo do médico:
