ITAIGARA MEMORIAL
HOSPITAL DIA

Termo de Consentimento Livre Esclarecido
Terapia Infusional

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	**RG Nº:**
PRONTUÁRIO:	**ATENDIMENTO:**

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Itaigara Memorial Hospital Dia.

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO: Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte alteração e/ou diagnóstico: _____ E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento: _____

PROCEDIMENTO/SEUS BENEFÍCIOS: Recebi as informações necessárias quanto aos benefícios e as probabilidades de êxito deste procedimento; Compreendi que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independente do medicamento infundido/aplicado e da eficiência dos cuidados médicos.

RISCOS: Procedimentos médicos estão sujeitos a risco, que podem ser mínimos, moderados ou graves. Estou ciente de que durante a aplicação dos medicamentos podem ocorrer complicações gerais como dor no local da infusão, sonolência, dor de cabeça, febre, náuseas e vômitos. Essas reações geralmente não trazem maiores repercussões clínicas, podem ser rapidamente controladas e tendem a diminuir com as infusões subsequentes. Reações alérgicas mais sérias podem acontecer, mas são muito raras; também estou ciente que o medicamento que receberei é um inibidor do sistema imunológico, o que significa que terei um risco aumentado de adquirir infecções enquanto estiver sob efeito do medicamento. Por esse motivo preciso ser acompanhado regularmente por meu médico; Fui informado sobre a possibilidade de sentir dor durante e após o procedimento, e sobre as medidas adotadas pela instituição para o gerenciamento dessa dor. No caso de complicações graves, pode ser necessário internação em hospital geral e cirurgia de urgência.

ALTERNATIVAS: Também fui informado (a) sobre as alternativas possíveis ao procedimento, as consequências de não realizar o exame/tratamento e os problemas que poderão ocorrer no período de recuperação.

Declaro ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendi perfeitamente e aceito, compromissando-me a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais. Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar esclarecido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	**RG Nº:**
PRONTUÁRIO:	**ATENDIMENTO:**

aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

( ) Paciente

Assinatura: _____

Salvador/BA, _____/_____/_____

( ) Responsável

Nome: _____

Identidade nº:_____ Grau de Parentesco:_____

Assinatura: _____

Salvador/BA, _____/_____/_____

Declaração do Médico Responsável

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o (a) paciente e/ou seu (s) familiar (es), ou responsável (eis), o exame, os riscos e complicações, as orientações pré e pós exame. CONFIRMO ter respondido às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura sobre carimbo do médico: _____

Salvador/BA, _____/_____/_____