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, 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. No caso de complicações graves, pode ser necessário internação em hospital geral.

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

ITAIGARA MEMORIAL
HOSPITAL DIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
TERAPIA INFUSIONAL

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

( ) 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 procedimento, os riscos e complicações, as orientações pré e pós procedimento. 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, _____/_____/_____