Hospital SOCOR

PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DAS INFORMAÇÕES NO ATO DE ADMISSÃO DO PACIENTE NO CTI HOSPITAL SOCOR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME COMPLETO:_____

NÚMERO CARTEIRA _____DATA DE _____

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME COMPLETO: _____

_____DATA DE _____

x _____

Assinatura paciente ou responsável (legível)

Hora:_____Data:_____/_____/ _____

TELEFONES PARA CONTATOS

Nome	Números

TERMO PARA CIÊNCIA E CONSENTIMENTO RELACIONADO A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS NA TERAPIA INTENSIVA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME COMPLETO: _____

NÚMERO CARTEIRA IDENTIDADE: _____DATA DE NASCIMENTO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME COMPLETO: _____

NÚMERO CARTEIRA IDENTIDADE: _____DATA DE NASCIMENTO: _____

Autorizo a equipe do CTI do HOSPITAL SOCOR a realizar no paciente acima citado, os procedimentos, exames ou tratamentos que porventura venham a ser necessários para atendimento à condição de saúde que motivou a internação, ciente que todos os procedimentos abaixo descritos podem ser recusados pelos pacientes e/ou familiares, mediante justificativa a ser descrita em campo de observação, sendo eles:

PROCEDIMENTO	EXPLICAÇÃO	PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES
Intubação endotraqueal	Uso de uma prótese para manter a respiração do paciente diante de impossibilidade de o mesmo de respirar adequadamente.	A intubação orotraqueal prolongada pode proporcionar lesões na cavidade oral, faringe e laringe, que causam diminuição da motricidade e da sensibilidade local e comprometem o processo da deglutição, determinando as disfagias orofaríngeas.
Traquestomia	Colocação de cânula respiratória no pescoço. Indicada na impossibilidade de intubação orotraqueal ou quando esta intubação se estende por tempo prolongado.	Sangramentos, obstrução da cânula por secreção, infecção, lesão do esôfago, fístulas, edemas na região, problemas ao deglutir alimentos ou na cicatrização.
Acesso venoso central	Possibilita a infusão em grandes volumes de soro e determinados medicamentos que não podem ser administrados em veias periféricas.	Um dos principais riscos é a criação de coágulos, trazendo problemas de trombose à pessoa. A presença do cateter pode também ser sítio de infecções. Além de complicações respiratórias que podem ser ocasionadas pela punção.
Pressão arterial invasiva	Permite medição mais precisa da pressão arterial do paciente através do posicionamento de um cateter dentro da artéria.	Infecção, formação de coágulos, embolia, necrose, hemorragia e hematoma.
Punção lombar	Punção da coluna com a finalidade de realização de exames na suspeita de acometimento neurológico.	Cefaleia pós-punção,infecções, meningite pós- punção é uma complicação incomum, sangramento, herniação cerebral, dor lombar, dor radicular e parestesias, e outros.
Sondagem vesical	Sistema que possibilita a mensuração e eliminação de urina.	Trauma uretral ou vesical com sangramento ou hematúria microscópica (comum), infecção do trato urinário (comum), criação de falsos trajetos, cicatrizes e estenoses, perfuração vesical (raro), parafimose em homens não circuncidados se o prepúcio não for reposicionado.
Acesso venoso periférico	Punção venosa para administração de medicamentos e soroterapia em baixo volume.	Flebite, extravasamento de fluidos intravenoso, e formação de hematomas. A flebite é uma inflamação aguda do vaso e ocorre em até 15% das pessoas com cateteres venosos periféricos.
Sonda nasoentérica	Sonda utilizada para administração de medicamentos e dietas, quando o paciente está impossibilitado de recebê-lo por via oral.	Clínicas (diarreia e constipação) Mecânicas (tração e obstrução)

Implante de Marcapasso	Recurso utilizado para estimular o batimento cardíaco.	Riscos associados ao implante do sistema de marca-passo incluem, mas não estão limitados a, infecção no local da cirurgia e/ou sensibilidade ao material do dispositivo, falha ao fornecer a terapia quando necessário ou receber terapia extra quando não é necessário.
Hemodiálise	Permite a filtragem do sangue quando há mau funcionamento dos rins.	Hipotensão, cãibras, náuseas e vômitos, cefaléia, dor torácica, dor lombar, prurido, febre e calafrios.
VNI (Ventilação não invasiva)	A ventilação não invasiva é uma forma de manter a oxigenação dos pacientes de maneira artificial até que tenham a capacidade de reassumir sua própria respiração. É ofertada através de uma máscara que é adaptada ao rosto do paciente, que pode cobrir todo o rosto ou só nariz e boca.	eritema facial, claustrofobia, congestão nasal, dor facial, irritação nos olhos, pneumonia aspirativa, hipotensão, pneumotórax, aerofagia, hipercapnia, distensão abdominal, vômitos, broncoaspiração, dor de cabeça matinal, lesões compressivas de face, embolia gasosa e outras.
Aspiração naso e orotraqueal	Procedimento pode ser necessário como forma de tratamento ou conforto devido à dificuldade do paciente em expectorar secreção das vias respiratórias.	Arritmias, laringoespasmos, traumatismos da mucosa traqueal, microatelectasias, hipoxemia, insaturação de oxigênio, bradicardias, hipertensão arterial, aumento da pressão intracraniana, infecções, ansiedade, e outros.
Contenção Física e Mecânica	Medida adotada para evitar autolesão e lesões, mantendo assim a segurança do paciente. Caso o paciente apresente agitação e/ou delírium, (alteração do nível de consciência) o mesmo poderá ser contido temporariamente, sendo que esta contenção será indicada pelo médico assistente ou plantonista. Esta contenção segue todos os cuidados para que o paciente não tenha lesão de pele. Assim que passado o período de agitação, a mesma será retirada.	Redução da perfusão em extremidades, agitação motora, lesões por pressão
Acidente Pérfuro-Cortante	Durante a prestação do atendimento ao paciente, mesmo com as devidas precauções, pode ocorrer algum tipo de exposição à contaminação pela equipe assistencial. Caso ocorra, pode ser necessário a realização de exames laboratoriais, conforme protocolo do Ministério da Saúde, inclusive o teste para HIV. Os resultados destes exames são de extrema importância, possibilitando assim tomadas de decisão no tratamento a ser empregado ao colaborador acometido.	Coleta de exames, que pode gerar infecção local, hematoma ou sangramento, dano à veia, lesão nervosa, síncope vasovagal.
Observações:		

Declaro ter recebido do médico plantonista, todas as explicações necessárias e claras quanto à metodologia, riscos, benefícios e alternativas dos procedimentos, exames ou tratamentos listados acima. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Declaro também estar devidamente informado dos riscos presentes nos referidos atos, bem como do surgimento de complicações inerentes ao quadro.

Declaro que entendi, adequadamente, todas as informações recebidas. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, e que o médico tem responsabilidade de meios e não de fins. Se, durante o procedimento, o médico assistente tomar conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar as referidas

condições. Em face dos esclarecimentos prestados, após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, cientificado (a) do procedimento a ser adotado, assim como de suas limitações, informo meu **CONSENTIMENTO** para realização dos procedimentos destacados acima, por indicação do profissional referido e extensivo à sua equipe.

Declaro ainda ter recebido a informação da importância de **higienização das mãos** com água e sabão e fricção com álcool, antes e ao sair do CTI, visto que a prática promove a remoção de sujeira, suor, oleosidade, células descamativas e microrganismos da pele, interrompendo a transmissão de infecções veiculadas ao contato; prevenção e redução das infecções causadas pelas transmissões cruzadas.

Atesto que possuo pleno conhecimento de todo o presente termo.

x _____

Assinatura paciente ou responsável (legível)

Testemunha (se necessário): _____

Deve ser preenchido pelo médico

Hora:_____ Data:___/_____/ _____

( ) Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, estão em condições de compreender o que lhes foi informado.

( ) Devido ao quadro clínico grave do paciente, em emergência e ou risco iminente de morte, não foi possível fornecer ao paciente ou ao seu responsável as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Assim, baseado no melhor julgamento clínico e respaldado pelas melhores práticas médicas, realizei e registrei no prontuário, os procedimentos necessários e adequados para melhorar a situação clínica do paciente em questão.

x _____

Assinatura e carimbo do médico responsável

Hospital SOCOR

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE REGISTRO FOTOGRÁFICO

A assinatura no presente documento representa o consentimento e a concordância com a realização de registros fotográficos (ex: lesões, curativos, dermatites e outros), com o objetivo de coletar dados que subsidiem ações de sistematização da assistência, tratamento e acompanhamento da terapia instituída.

Declara-se que tais registros não terão finalidade comercial e não incluirão a identificação facial do paciente, garantindo, assim, a preservação da sua imagem e identidade. As imagens não poderão ser divulgadas, salvo nas condições previstas neste termo.

DECLARO, igualmente, ter sido informado(a) de forma clara sobre a finalidade e os benefícios do registro fotográfico, bem como sobre a garantia de que tais imagens não serão utilizadas para fins comerciais.

DECLARO, também, que a presente autorização é concedida de forma gratuita, por livre e espontânea vontade.

AUTORIZO, ainda, o uso de imagem para fins de ações de humanização, como registros de pacientes que, voluntariamente, participem de atividades como cantar, sentar-se em áreas comuns ou interagir com a equipe, podendo tais imagens ser utilizadas em materiais internos, apresentações institucionais ou redes sociais da instituição, sempre com respeito à dignidade e à privacidade do paciente.

AUTORIZO, por fim, o uso descrito neste termo sem que haja qualquer tipo de reivindicação posterior referente a direitos de imagem ou conexos.

X_____

Assinatura

DATA: ____/_____/_____HORA: _____h_____min

( ) PACIENTE

( ) RESPONSÁVEL OU REPRESENTANTE LEGAL - CPF (responsável): _____

GRAU DE PARENTENSCO: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Este documento trata da autorização voluntária do paciente ou seu representante legal, pela tomada de decisão, após diálogo com o médico, por meio do qual, ambas as partes trocam perguntas e informações culminando com o acordo expresso do paciente na aceitação de um tratamento específico consciente dos riscos, benefícios e possíveis consequências.

Pelo presente instrumento, que considera o artigo 59 do Código de Ética médica e os artigos 6º III e 39 VI da Lei 8.078/90 do Código de Defesa do Consumidor), declaro que fui suficientemente esclarecido (a) pelo (a) médico (a)

_____quanto aos procedimentos a que vou me
(nome do médico)
submeter, ou a que vai ser submetido _____, Data de
(Nome do paciente)
Nascimento _____/_____/_____ do qual sou responsável legal, bem como do diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento.

Declaro também que fui informado (a) de forma clara de todos os cuidados e orientações que devo seguir a fim de alcançar o melhor resultado. Estou ciente que o tratamento não se limita à internação, sendo que deverei retornar ao consultório/hospital nos dias determinados pelo médico, bem como informá-lo imediatamente sobre possíveis alterações / problemas que porventura possam surgir. Fico ciente também que o tratamento adotado não implica necessariamente em cura e que a evolução da doença e do tratamento a ser adotado podem obrigar o (a) médico (a) a modificar condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o (a) mesmo (a) autorizado desde já a tomar providências necessárias para tentar solucionar os problemas surgidos, seguindo seu julgamento, utilizando-se de todos os recursos terapêuticos reconhecidos e disponíveis. Podendo inclusive utilizar-se de hemotransfusão. Pelo presente manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento para realização do tratamento proposto com a presença de testemunhas.

Belo Horizonte, _____, de _____, de _____.

_____

Nome e assinatura do paciente (ou representante legal)

_____

Documento de Identidade

_____

Testemunha

_____

Testemunha

_____

Assinatura do médico responsável

Hospital SOCOR

CONSENTIMENTO INFORMADO TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES

De acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 1931/2019) e os artigos 6° III e 39 VI da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), que garante ao paciente as informações sobre seu estado desaúde e dos procedimentos aos quais será submetido.

Eu,_____Data de Nascimento ____/____/____ Identidade n°: _____
Órgão expedidor:_____, declaro que estou devidamente informado (a) que a cirurgia à qual vou mesubmeter será a **TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES.**

Declaro que fui informado sobre os riscos, benefícios e alternativas ao procedimento de TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES. Também tive a oportunidade de fazer perguntas relativas à transfusão de hemocomponentes e com minha assinatura estou dando consentimento para que este Hospital, a pedido de meu médico, faça administração de hemocomponentes durante minha internação até o curso completo dessa mesma doença ou tratamento.

INFORMAÇÕES GERAIS: A transfusão de hemocomponentes (sangue) tem o objetivo de repor um ou mais dos seguintes constituintes do sangue: Glóbulos Vermelhos, Plaquetas e Fatores de Coagulação, por meio dos hemocomponentes: Concentrado de hemácias, Concentrado de Plaquetas, Plasma Fresco Congelado e Crioprecipitado. Assim como outras intervenções médicas, não é procedimento isento de risco. A relação risco/benefício é avaliada pelo médico ao solicitar a transfusão. Os hemocomponentes são preparados e testados de acordo com rígidas normas científicas estabelecidas pela ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, complementadas por normas de Agências Internacionais de Transfusão, mas mesmo assim ainda existe uma pequena chance de haver uma reação adversa relacionada à transfusão. Essas reações normalmente são leves e facilmente tratadas, mas em raríssimas ocasiões elas podem ser fatais. Apesar de todo desenvolvimento tecnológico há sempre de se considerar o risco envolvido quando uma transfusão é indicada.

RISCOS: Os eventos adversos relacionados à transfusão são divididos em imediatos, quando ocorrem dentro das primeiras 24h da transfusão, e tardios, quando surgem após as 24h. Dentre as complicações imediatas, as principais são:
Infecções bacterianas: risco estimado de fatalidade em 1:500.000 transfusões de plaquetas e 1:8.000.000 em transfusão de glóbulos.
Reação hemolítica: consiste na eliminação dos glóbulos vermelhos (hemácias) transfundidos pelo receptor. São devidos ao aparecimento ou a presença de anticorpos do receptor contra os glóbulos vermelhos transfundidos. Nas formas graves o risco de ocorrência é variável (nos EUA 1:6.000 transfusões na década de 1980 e 1: 70.000 transfusões na década de 2000). No serviço o risco estimado encontra-se menor de 1:20.000. Existem duas formas de reação hemolítica:
Hemólise fora da circulação: que consiste da eliminação dos glóbulos transfundidos resultando em pouca eficiência da transfusão habitualmente não levando a outras consequências. Muitos destes casos são devidos à exposição transfusional prévia desconhecida e não podem ser previstos pelos testes realizados.
Hemólise dentro da circulação: a eliminação dos glóbulos transfundidos ocorre de maneira aguda dentro da circulação associada a uma resposta inflamatória que pode resultar em uma série de eventos de gravidade variável (inclusive com risco de fatalidade em menos de 10 por cento destes casos). A gravidade da reação é proporcional à quantidade de sangue recebida e, portanto, qualquer anormalidade durante a transfusão deve ser prontamente comunicada ao enfermeiro ou médico responsável. A maioria destes casos é associada a problemas no processo de identificação durante a cadeia de eventos que precedem o ato transfusional.
Reações febris: consistem em aparecimento de febre durante ou após a transfusão. Evento benigno com melhora após medicação para febre. Freqüência estimada em 0,5 a 1% das transfusões. Ocorre com maior freqüência nos pacientes que recebem varias transfusões e naqueles que recebem concentrado de plaquetas.
Reações alérgicas: reações alérgicas são relativamente frequentes e ocorrem em aproximadamente 0,5% das transfusões. São medicadas com antialérgicos e eventualmente com corticosteróides. Reações graves são incomuns ocorrendo em frequência estimada em 1 para 20.000 transfusões e são imprevisíveis.

TRALI (da sigla inglesa Transfusion Related Acute Lung Injury) ou Lesão Pulmonar Aguda Relacionada à Transfusão: consiste em dificuldade respiratória relacionada com a transfusão resultando com frequência em necessidade de suporte ventilatório. É associada, em sua maioria, com a presença de anticorpos no plasma do doador. Ocorre na freqüência estimada de 1 para 5.000 transfusões em população de pacientes internados já portadores de outras doenças.
Reação hipotensiva: evento incomum que consiste em hipotensão (queda da pressão arterial) associada à transfusão de

sangue. Ocorre em pacientes em uso de medicamentos antagonistas da enzima de conversão da angiotensina que recebem transfusão utilizando filtro para deleucotização. Dentre as complicações tardias, as principais são:

Transmissão de doenças infecciosas:

Risco de infecção pelo HIV: estimativas do risco de aquisição da infecção pelo HIV por transfusão de sangue no Brasil tem sido atualmente relatadas entre 1 a cada 60 mil - 150 mil transfusões.

Risco de hepatite B: risco estimado em 1:10.000 transfusões. Risco de Hepatite C: risco estimado em 1:20.000.

Risco de infecção pelo HTLV: risco estimado em 1:116.000.

Alo imunização eritrocitária: consiste no aparecimento no sangue do receptor de transfusão de anticorpos dirigidos para glóbulos vermelhos (hemácias) do doador. Para pessoas com tipos de sangue incomuns este evento pode resultar em dificuldade de se obter sangue numa próxima transfusão. Frequência estimada em 1 a 2% das transfusões contendo glóbulos vermelhos. Nota: Considerando que grande parte do risco transfusional relatado no país é maior do que o referido em países desenvolvidos e que isto está associado à qualificação da população de doadores, o serviço de hemoterapia adota medidas rigorosas no processo de captação e seleção dos candidatos à doação levando a estimativa de risco menor que a relatada na literatura médica sobre os riscos transfusionais no Brasil.

Belo Horizonte _____, de _____de _____.

_____ _____

Assinatura do paciente/responsável(*) responsável pelo Termo de Consentimento

Assinatura/CRM/carimbo do médico

Se o Paciente não puder assinar este termo de consentimento, favor indique a razão:

_____

_____

CIRCUNSTÂNCIAS DE EMERGÊNCIA / RISCO DE VIDA: CONSENTIMENTO INFORMADO NÃO OBTIDO

Devido ao estado clínico do paciente, ou à emergência / risco de vida, não foi possível fornecer ao paciente as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Eu solicitei transfusão de hemocomponentes em quantidade suficiente para melhorar sua situação clínica.

Nome do médico solicitante:_____

CRM:_____

Assinatura:_____

Belo Horizonte: ___/___/____hora: ___:___

CONSENTIMENTO INFORMADO SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA

De acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 1931/2009) e os artigos 6° III e 39 VI da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), que garante ao paciente informações sobre seu estado de saúde e dos procedimentos aos quais será submetido.

Eu,_____, Data de Nascimento ____/____/____ , Identidade n°:_____ Órgão expedidor:_____, declaro que estou devidamente informado (a):

Procedimentos Cirúrgico-Diagnósticos: _____

Data ___/ /_____ Hora: ___: ____

Declaro, para fins legais:

1- Que estou ciente que, a meu (nosso) pedido, serei (o paciente acima denominado será) submetido à anestesia para o procedimento referenciado, na data e hospital designados. Reconheço que a anestesia poderá ser administrada por outro médico da equipe de anestesiologia do Hospital SOCOR, não necessariamente aquele responsável pela minha consulta pré-anestésica. Poderá mesmo ser administrada por outro anestesiologista de outra equipe, caso meu procedimento seja referenciado para outro hospital.
2- Que tive total e integral conhecimento dos fatores que envolvem o ato anestésico em questão, através da explanação que foi prestada pelo Médico Anestesiologista que me examinou. Tive, portanto, oportunidade de receber esclarecimentos, e todas as informações necessárias a minha (nossa) perfeita compreensão dos aspectos ligados ao ato anestésico ao qual me submeterei.
3- Que reconheço (reconhecemos) que o(s) Médico(s) Anestesiologista(s) que administrarão a anestesia exerce(m) atividade de meio, ou seja, obriga(m)-se a prestar seus serviços da melhor forma e condições que lhe forem possíveis, agindo com a melhor técnica, zelo profissional e diligência em busca de seus objetivos.
4- Que foram informados pelo Médico Anestesiologista os riscos inerentes e naturais ao ato anestésico, conforme conhecimento médico atual. Que a prática da Anestesiologia está sujeita a complicações e reações adversas. Algumas comuns: tremores, náuseas, vômitos, dor de cabeça. Outras incomuns: avulsão dentária, rouquidão. E outras ainda extremamente raras: reação anafilática, sequela neurológica, óbito. Dentre outras.
5- Que, a fim de prevenir eventuais problemas, foram prestadas ao Médico Anestesiologista que me examinou todas as informações relativas às condições médicas, físicas e psicológicas da minha pessoa (do paciente), informações estas que foram transcritas para a Ficha de Avaliação Pré-Anestésica;
6- Que minha internação no Hospital referenciado deu-se por livre e espontânea vontade, e que tenho conhecimento que o(s) Médico(s) Anestesiologista(s) apenas se responsabiliza(m) pelos procedimentos de sua especialidade, não se obrigando ou se responsabilizando pela qualidade dos serviços que serão prestados pela instituição hospitalar ou por outros profissionais que participem do ato cirúrgico, bem como do tratamento ou internação como um todo;
7- Que, por este ato, reconheço que o(s) Médico(s) Anestesiologista(s) será(ão) remunerado(s) pela Instituição de Assistência Médica à qual estou (estamos) filiados. Equipamentos, exames e medicamentos necessários ao ato anestésico serão também pagos pela Instituição ao Hospital.
8- Que reconheço que, em caso de mudança para acomodação superior àquela contratada junto ao meu plano de saúde, o médico anestesiologista bem como demais médicos assistentes e a Instituição Hospitalar fazem jus à complementação financeira. De outro modo, reconheço também que arcarei com as despesas (honorários e demais despesas) **em casos de procedimentos particulares ou não previstos no rol de procedimentos cobertos pelo meu plano de saúde.**
9- O presente instrumento reveste-se de força executiva, como título de crédito extrajudicial, conforme previsão do inciso III do artigo 784 da Lei nº. 13.105/15.
A presente declaração foi lida e compreendida em todos os seus termos.

_____ Assinatura do paciente/responsável (*)

_____ Assinatura/ CRM/ carimbo do médico responsável pelo Termo de Consentimento

DADOS DO RESPONSÁVEL (*) No caso de pacientes menores de idade ou que estejam incapacitados de responderem autonomamente

Nome completo: _____
Endereço: _____
Identidade: _____CPF:_____

CONSENTIMENTO INFORMADO NÃO OBTIDO: EMERGÊNCIA

Hora:_____Data: ____/ _____/ _____
Devido ao estado clínico do paciente, em emergência/risco de morte iminente,
ou de possibilidade de deterioração das funções vitais, não foi possível fornecer ao paciente ou ao seu responsável as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Assim optei, baseado no melhor julgamento clinico,realizei e o registrei no prontuário os procedimentos necessários e adequados pelas melhores práticas médicas, para melhorar sua situação clínica do paciente em questão.

_____

Assinatura/CRM/carimbo do médico responsável pelo atendimento

Belo Horizonte, _____de _____de 20 _____.

TERMO DE CONSENTIMENTO CIRURGICO

Este documento trata da autorização voluntária do paciente ou seu representante legal, pela tomada de decisão, após diálogo com o médico, por meio do qual, ambas as partes trocam perguntas e informações culminando com o acordo expresso do paciente na aceitação de um tratamento específico consciente dos riscos, benefícios e possíveis consequências.

Pelo presente instrumento, que considera o artigo 59 do Código de Ética médica e os artigos 6º III e 39 VI da Lei 8.078/90 do Código de Defesa do Consumidor), declaro que fui suficientemente esclarecido (a)

pelo (a) médico (a) _____ quanto aos procedimentos a que
(nome do médico)

vou me submeter _____ou a que vai ser submetido o paciente
(nome do procedimento)

_____, Data de nascimento _____/_____/_____
(Nome do paciente)

do qual sou responsável legal, bem como do diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento.

Declaro também que fui informado (a) de forma clara de todos os cuidados e orientações que devo seguir a fim de alcançar o melhor resultado. Estou ciente que o tratamento não se limita à internação, sendo que deverei retornar ao consultório/hospital nos dias determinados pelo médico, bem como informá-lo imediatamente sobre possíveis alterações / problemas que porventura possam surgir. Fico ciente também que o tratamento adotado não implica necessariamente em cura e que a evolução da doença e do tratamento a ser adotado podem obrigar o (a) médico (a) a modificar condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o (a) mesmo (a) autorizado desde já a tomar providências necessárias para tentar solucionar os problemas surgidos, seguindo seu julgamento, utilizando-se de todos os recursos terapêuticos reconhecidos e disponíveis. Podendo inclusive utilizar-se de hemotransfusão.

Fico ciente também dos possíveis riscos pertinentes ao procedimento que serei submetido, sendo:

( ) Sangramento
( ) Infecção de sitio cirúrgico
( ) Possibilidade de cicratriz com formação de queloide ( ) Hematoma
( ) Seroma ( ) Óbito
( ) Outros: _____

Pelo presente manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento para realização do tratamento proposto com a presença de testemunhas

_____ _____
Nome e assinatura do paciente (ou representante legal) Documento de Identidade

_____ _____
Testemunha Testemunha

_____
Assinatura do médico responsável

Belo Horizonte, _____, de _____, de _____.

AXIAL Inteligência Diagnóstica	**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA**

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Sala:_____ Peso: _____Altura: _____PA:_____mmHg	ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

A Tomografia Computadorizada é um método de diagnóstico que utiliza raios X para a geração de imagens, possibilitando a avaliação de estruturas anatômicas e o diagnóstico de diversas enfermidades.
Contraste: durante o exame pode ser necessária a administração do meio de contraste iodado, administrado por via endovenosa e eliminado pela urina. Apesar de raras, assim como qualquer outro medicamento, o meio de contraste pode causar reações adversas como náusea, cefaleia, urticária, coceira, vômitos e, raramente, complicações mais sérias. Devido à necessidade de acesso venoso e à sua consistência, o extravasamento do meio de contraste pode ocorrer raramente, causando graus variados de dor, inchaço e vermelhidão no local. A prescrição do meio de contraste é realizada de acordo com as necessidades diagnósticas de cada exame e considerando-se também o perfil de cada paciente. A equipe é composta de profissionais capacitados a reconhecer e prestar atendimento em eventuais intercorrências.

Se for necessário, autoriza a administração do contraste endovenoso? ( ) SIM ( ) NÃO

Questionário de Segurança

Há quanto tempo está em jejum? _____horas.

Já utilizou contraste iodado em Tomografia, Urografia, Cateterismo Cardíaco ou Arteriografia? ( ) Sim ( )Não **Se sim, apresentou alguma reação adversa?** ( ) Sim ( )Não Qual?_____**Já apresentou algum tipo de reação alérgica? A quê? _____Como foi a reação?** ( ) vermelhidão e/ou coceira na pele ( ) falta de ar/ chiado no peito ( ) queda de pressão outros:_____

Tem Mieloma Múltiplo? ( )Sim ( )Não

Asma ( )Sim ( )Não

Já precisou de atendimento hospitalar por asma? ( )Sim ( )Não **Quando foi a última crise? _____**

Para mulheres: Está grávida ou suspeita de gravidez? ( )Sim ( )Não. **Se sim, de quantas semanas? _____**

Data da última menstruação _____

Choyke:

Diabetes? ( )Sim ( )Não **Problema renal?** ( )Sim ( )Não **Proteína na urina?** ( )Sim ( )Não **Pressão alta?** ( )Sim ( )Não

Gota/hiperuricemia? ( ) Sim ( )Não

Já fez cirurgia renal? ( ) Sim ( ) Não Qual? _____

Trouxe exame de Creatinina ( )Sim ( )Não

"Lei Geral de Proteção de Dados - Lei nº 13.709/2018: "Em respeito à LGPD, para a realização deste(s) exame(s), será necessário que nos informe alguns dados pessoais, incluindo informações referentes ao seu estado de saúde. Todos esses dados serão utilizados em segurança e de acordo com nossas condutas e políticas atreladas à Privacidade. Para mais informações sobre como tratamos dados pessoais na Alliança, acesse a nossa Política de Privacidade ou utilize nossos canais de atendimento ao titular, ambos disponíveis em nosso website."

Eu (nome completo do paciente ou responsável) _____, portador do documento nº _____, abaixo assino minha concordância com:

- Ter respondido a este termo com sinceridade; e estar de acordo com as informações nele contidas;
- Declaro meu consentimento para tratamento dos dados pessoais necessários para este atendimento;
- Afirmo que me foram explicados os riscos e benefícios relacionados ao exame e ao meio de contraste;
- Reitero que tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas;
- Autorizo a realização do exame de Tomografia Computadorizada, conforme solicitado em pedido médico.
- Autorizo a transmissão dos dados e das imagens dos exames entre profissionais e unidades que compõem a Alliança para confecção dos laudos por médicos especialistas conforme resolução CFM 2107/14
-

_____, ____de _____de 20_____

_____
(Assinatura do paciente ou responsável)

Status do exame (preenchimento pela equipe):
( ) Cancelado ( ) Reagendado ( ) Autorizado

_____
(Carimbo e assinatura do profissional)

AXIAL
Inteligência Diagnóstica

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Sala:_____ Peso: _____Altura: _____PA:_____mmHg	ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

A Ressonância Magnética trata-se de um exame diagnóstico, indolor, que utiliza ondas de radiofrequência e um elevado campo magnético, no qual o paciente deve permanecer parado, para a obtenção de imagens de boa qualidade. A radiofrequência pode ocasionar o aquecimento do corpo e barulhos altos, sendo necessário o uso de protetor auricular durante o exame. Em decorrência do campo magnético, objetos metálicos ferromagnéticos podem ser atraídos pelo equipamento e a presença destes na sala de exames é PROIBIDA. **Meio de Contraste:** durante o exame pode ser necessária a administração do meio de contraste, uma substância à base de gadolínio, administrada via endovenosa e eliminada por excreção renal. Apesar de raras, assim como qualquer outro medicamento, o meio de contraste pode causar reações adversas como náusea, cefaleia, urticária, coceira, vômitos e, raramente, complicações mais sérias ou reação anafilática. A necessidade do meio de contraste é avaliada individualmente. Devido à necessidade de acesso venoso e à sua consistência pode ocorrer eventualmente o extravasamento do meio de contraste, causando dor, inchaço e vermelhidão no local. A prescrição do meio de contraste é realizada de acordo com as necessidades diagnósticas de cada exame e considerando-se também o perfil de cada paciente. A equipe é composta de profissionais capacitados a reconhecer e prestar socorro em eventuais intercorrências.

Se for necessário, autoriza a administração do contraste endovenoso? ( ) SIM ( ) NÃO

Questionário de Segurança	SIM	NÃO
Fez tatuagem/ micropigmentação/ maquiagem definitiva há menos de 30 dias?		
Possui cílios postiços?		
Possui marcapasso ou neuroestimuladores?		
Possui clip de aneurisma?		
Possui alguma prótese móvel (dentária, ocular, ortopédica ou aparelho auditivo)?		
Possui algum implante de metal no corpo (stent, pino, placa, âncora, válvula)?		
Possui Implante coclear?		
Possui expansor mamário?		
Faz diálise?		
Já sofreu acidente com arma de fogo ou com fragmentos de metal dentro dos olhos?		
Tem algum projétil de arma de fogo alojado no corpo?		
Já apresentou algum tipo de reação alérgica? Se sim, a quê? _____ Tipo de reação: _____		
Está grávida ou há suspeita de gestação? Se sim, de quantas semanas? _____		

Lei Geral de Proteção de Dados - Lei nº 13.709/2018: "Em respeito à LGPD, para a realização deste(s) exame(s), será necessário que nos informe alguns dados pessoais referentes ao seu estado de saúde. Todos esses dados serão utilizados em segurança e de acordo com nossas condutas e políticas atreladas à Privacidade. Para mais informações sobre como tratamos dados pessoais na Alliança, acesse a nossa Política de Privacidade ou utilize nossos canais de atendimento ao titular, ambos disponíveis em nosso website."

Eu (nome completo do paciente ou responsável) _____, portador do documento nº _____, abaixo assino minha concordância com:

- Ter respondido a este termo com sinceridade; e estar de acordo com as informações nele contidas;
- Declaro meu consentimento para tratamento dos dados pessoais necessários para este atendimento;
- Afirmo que me foram explicados os riscos e benefícios relacionados ao exame e ao meio de contraste;
- Autorizo a transmissão dos dados e das imagens dos exames entre profissionais e unidades que compõem a Alliança para confecção dos laudos por médicos especialistas conforme resolução CFM 2107/14
- Reitero que tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas;
- Autorizo a realização do exame de Ressonância Magnética, conforme solicitado em pedido médico.

_____, ____de _____de 20_____

_____
(Assinatura do paciente ou responsável)

Status do exame (preenchimento pela equipe):
( ) Cancelado ( ) Reagendado ( ) Autorizado

_____
(Carimbo e assinatura do profissional)

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE E/OU ACOMPANHANTE

Seguem abaixo esclarecimentos sobre algumas dúvidas que o paciente, acompanhante e familiares podem ter durante a sua estadia no CTI do Hospital SOCOR

O HOSPITAL SOCOR NÃO REPASSSA INFORMAÇÕES POR TELEFONE (A RESPEITO DE QUADRO CLÍNICO), E NEM SOLICITA A FAMILIARES A REALIZAÇÃO DE DEPÓSITOS EM CONTAS BANCÁRIAS.

TODAS AS DESPESAS SÃO TRATADAS PESSOALMENTE NO CAIXA, LOCALIZADO NO TÉRREO DA INSTITUIÇÃO.

Exames/procedimentos: Caso seja solicitado algum exame ou procedimento cirúrgico, o médico realiza o pedido, o qual passa pelo processo de autorização pelo convênio e em seguida faz-se o agendamento do mesmo. Salvo nas situações com risco iminente de morte. Em caso de dúvidas, sempre procure o supervisor de enfermagem.

Interconsultas: Os pacientes que dependem da avalição de outra especialidade médica, conforme conduta médica, terão a visita de outro profissional mediante comunicação. O prazo definido para a primeira visita varia conforme a gravidade do paciente. Para os casos de alguma especialidade médica da qual o Hospital Socor não disponha, estes serão tratados conforme a contratualização com os convênios. Em caso de dúvidas, sempre procure o supervisor de enfermagem.

Alimentação: É fornecida pelo Hospital, e passa por um rigoroso controle de qualidade; orientamos ao paciente/acompanhante não trazer alimentos do domicílio. Em caso de dúvidas sobre a alimentação, procure a supervisão de enfermagem, que solicitará avaliação da equipe de Nutrição.

Medicação do paciente: Caso o paciente tenha consigo algum medicamento de uso contínuo, este deve ser informado ao médico assistente. Medicamentos padronizados pelo hospital serão fornecidos pela instituição; havendo a necessidade do uso de algum medicamento não padronizado, o médico poderá autorizar sua administração, substituí-lo ou solicitar a sua compra. O medicamento precisará vir na caixa fechada de forma viável para a conferência de lote e validade. Deverá ser entregue na secretaria do CTI para protocolar. Somente será administrado o medicamento prescrito pelo médico.

Pertences pessoais: O Hospital não se responsabiliza por pertences pessoais dos pacientes e acompanhantes; Evitar uso de bolsas, sacolas e outros dispositivos que possam contribuir como veículo de microorganismos - se necessário solicite a guarda de bolsas no armário que se encontra na recepção.

Segurança do paciente: Todo paciente será identificado no ato da sua internação e deve manter a pulseira de identificação durante toda a sua permanência; caso a pulseira solte ou danifique, gentileza solicitar a supervisão de enfermagem a sua substituição. Além disso, todas as medicações e soros vêm com a identificação do paciente. O paciente e/ou acompanhante podem nos ajudar na confirmação dos dados para garantirmos que os cuidados estão sendo realizados corretamente.

Gerenciamento dos riscos assistenciais: Está disponível nos leitos uma planilha contendo os riscos assistenciais e as orientações para que os mesmos não ocorram. O enfermeiro enfatiza estas orientações e os principais riscos no momento da sua visita ao paciente, bem como os deixa sinalizados no Plano Assistencial, disponível próximo à cabeceira do leito.

Prevenção de feridas/lesões: A mudança de decúbito do paciente é realizada em uma periodicidade estabelecida, o acompanhante é essencial para nos ajudar na prevenção da ferida, basta lembrar a enfermagem da tarefa. Caso o acompanhante perceba alguma área com vermelhidão ou com ruptura de pele, comunique imediatamente ao enfermeiro.

Contenção do paciente: Caso o paciente apresente agitação ou *delirium*, o mesmo poderá ser contido temporariamente. Esta contenção será indicada e prescrita pelo médico assistente ou plantonista e, sempre que possível, autorizada pelo responsável (familiar). Quando realizamos uma contenção, seguimos todos os cuidados para evitarmos qualquer tipo de lesão de pele. Assim que passado o período de agitação, a mesma será retirada.

Transfusão de Sangue: O hospital dispõe de um banco de sangue para atender as demandas da Instituição. É importante salientar que não é possível agendar horário para a transfusão como é feito com as medicações. O sangue somente será liberado após passar por todo um processo que visa a segurança do paciente, dentre eles realização de diversos exames. Para uma administração segura é necessária uma conferência rigorosa, à beira leito, com paciente e enfermagem, antes de se iniciar a transfusão, além de necessitarmos do Consentimento Informado assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável.

Doação de sangue: caso você se interesse em doar sangue, os critérios e dúvidas podem ser esclarecidos no telefone 31 3218-1300, ou 31 99871-1498.

Alergia: Caso o paciente apresente alguma alergia a medicamentos e materiais, favor informar a supervisão de enfermagem e/ou médico.

Condições clínicas do paciente: As informações sobre o paciente somente serão repassadas pela Coordenação Médica, Dr.Lucas Timm Pisoler e Dr. Talis Vieira Girardi durante o Boletim Médico, que ocorre durante a visita da manhã. É proibido gravar o Boletim Médico ou realizar chamada de vídeo dentro do CTI, preservando-se a privacidade do paciente. A enfermagem somente está autorizada a falar sobre os cuidados de enfermagem.

Alta para a Unidade de Internação (UI): As altas são definidas e confirmadas somente ao final do Boletim Médico. Porém, é necessária a liberação do leito pelo setor de internação. Após a liberação do leito, o CTI realiza todo o processo de relatórios e passagem do estado clínico do paciente ao para o setor de destino. É necessária a presença de acompanhante para a liberação do paciente do CTI para unidade de internação. As altas são definidas no Boletim Médico pela manhã, mas estão condicionadas à disponibilidade de leitos na UI. Portanto, se não houver leito disponível na UI, o paciente permanecerá no CTI.

Declaração de Comparecimento: Gentileza solicitar diariamente, pois não podemos fornecer com datas retroativas.

Celular no interior do CTI: Solicitamos que não se utilize celular no interior do CTI para preservar a privacidade do paciente e dos profissionais. É proibido uso de imagem do paciente, aréa física e/ou profissionais, bem como é realizar chamadas de vídeo, áudio e gravações de áudio.

Permanência dentro do CTI / Acompanhamento de pacientes no CTI: É importante que permaneça no leito de seu familiar e não visite outros pacientes, para se evitar infecção cruzada. Para autorização de acompanhamento dentro do CTI é necessário a liberação do coordenador médico após discussão com equipe multidisciplinar, ressaltando que tais recursos não fornecidos pelo setor (alimentação, banho, local para descanso), sendo oferecido apenas uma cadeira para acompanhante ao lado do paciente, não é permitido troca continuamente, sendo liberado troca de acompanhante a cada 12h.

Materiais de uso pessoal: **É de responsabilidade do paciente e/ou acompanhante trazer um kit de higiene pessoal**, contendo os seguintes itens: Escova dental macia (nova), creme dental, fio dental, desodorante spray, creme hidratante (de preferência à base de ureia) - Todos os itens serão descartados no ato da alta visando minimizar o risco de transmissão de microorganismos. Outros objetos somente com autorização do Enfermeiro.

Higienização das mãos: Sempre higienizar com água e sabão e fricção com álcool, antes e ao sair do CTI, visto que a prática promove a remoção de sujeira, suor, oleosidade, células descamativas e microrganismos da pele, interrompendo a transmissão de infecções veiculadas ao contato; prevenção e redução das infecções causadas pelas transmissões cruzadas.

Pesquisa de satisfação: No decorrer da sua permanência no CTI, será entregue um formulário para avaliação de nosso atendimento, caso não seja entregue poderá ser solicitado na secretaria. Preencha e coloque na urna disponível na recepção no CTI. Além de que para alguns convênios existe também o recebimento de e-mail para avaliação. **Sua opinião é importante para a instituição!**

VISITAS		
HORÁRIOS	**NÚMERO DE VISITANTES**	
11H30 ÁS 12H00 (SEGUNDA A SEXTA)	01 PESSOA	**BOLETIM MÉDICO DR. LUCAS TIMM ou DR. TALIS VIEIRA GIRARDI**
19H30 ÁS 20H00 (TODOS OS DIAS)	01 PESSOA	NÃO TERÁ REPASSE DE INFORMAÇÕES DO QUADRO CLINICO
12H00 ÁS 13H00 (SÁBADO, DOMINGO E FERIADO)	01 PESSOA	BOLETIM MÉDICO PLANTÃO DA COORDENAÇÃO

As informações sobre o paciente somente serão repassadas pela coordenação médica, durante a visita da manhã (Boletim Médico).

O boletim médico é fornecido a todas as famílias, uma por uma, pelo coordenador, sendo assim, algumas famílias aguardam mais que as outra para receber as notícias, podendo assim permanecer por mais tempo com seu familiar

O visitante deverá apresentar-se na portaria do hospital com no mínimo 15 minutos de antecedência para melhor organização de sua entrada no setor.

Encaminhamento de exames (se necessário será informado pela equipe médica): secretariacti@socor.com.br ou Whatsapp 3330-3115.