

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	OBSERVAÇÃO
Intubação endotraqueal	Uso de uma prótese para manter a respiração do paciente diante de impossibilidade de o mesmo de respirar adequadamente.	
Traqueostomia	Colocação de cânula respiratória no pescoço. Indicada na impossibilidade de intubação orotraqueal ou quando esta intubação se estende por tempo prolongado.	
Acesso venoso central	Possibilita a infusão em grandes volumes de soro e determinados medicamentos que não podem ser administrados em veias periféricas.	
Pressão arterial invasiva	Permite medição mais precisa da pressão arterial do paciente através do posicionamento de um cateter dentro da artéria.	
Punção lombar	Punção da coluna com a finalidade de realização de exames na suspeita de acometimento neurológico.	
Sondagem vesical	Sistema que possibilita a mensuração e eliminação de urina.	
Acesso venoso periférico	Punção venosa para administração de medicamentos e soroterapia em baixo volume.	
Sonda nasoentérica	Sonda utilizada para administração de medicamentos e dietas, quando o paciente está impossibilitado de recebê-lo por via oral.	
Implante de Marcapasso	Recurso utilizado para estimular o batimento cardíaco.	
Hemodiálise	Permite a filtragem do sangue quando há mau funcionamento dos rins.	
VNI	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.	
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.	
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.	

PROCEDIMENTO	EXPLICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
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.	

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

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO TRANSFUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

Paciente:	Data Atendimento:
Data Nascimento:	Hora Atendimento:
Prontuário:	Setor:
Médico Responsável: _____	CRM/MG: _____

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:

1- Infecções bacterianas: risco estimado de fatalidade em 1:500.000 transfusões de plaquetas e 1:8.000.000 em transfusão de glóbulos. **2- 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 a 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.

3- Reações febris: consistem em aparecimento de febre durante ou após a transfusão. Evento benigno com melhora após medicação para febre. Frequência estimada em 0,5 a 1% das transfusões. Ocorre com maior frequência nos pacientes que recebem varias transfusões e naqueles que recebem concentrado de plaquetas.

4- 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.

5- 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 frequência estimada de 1 para 5.000 transfusões em população de pacientes internados já portadores de outras doenças.

6- 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:

7- 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.

8- Aloimunização 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.

Paciente:	Data Atendimento:
Data Nascimento:	Hora Atendimento:
Prontuário:	Setor:
Médico Responsável: _____	CRM/MG: _____

CONSENTIMENTO:

Eu fui informado sobre os riscos, benefícios e alternativas ao procedimento. 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.

Paciente / Responsável: | Nome legível: _____

Assinatura: _____

Identidade: _____ Belo Horizonte: ____ / ____ / ____ hora: ____ : ____

Grau de Parentesco: _____

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 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 6º 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, _____, 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 anestesiológico 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 Anestesiológico 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) Anestesiológico(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 Anestesiológico 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, seqüela neurológica, óbito. Dentre outras.

5- Que, a fim de prevenir eventuais problemas, foram prestadas ao Médico Anestesiológico 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) Anestesiológico(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) Anestesiológico(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 anestesiológico 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 clínico, 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 _____ .

Cole a etiqueta neste espaço ou escreva....

NOME COMPLETO DO PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Procedimento: Tomografia Computadorizada

O que é a Tomografia Computadorizada: é um exame de diagnóstico por imagem que utiliza raios X para a geração de imagens que permite avaliar as estruturas internas do corpo.

O que devo saber: o exame é realizado com doses de radiação baixas, o que se torna mínimo os riscos frente ao grande benefício que um diagnóstico precoce e preciso pode oferecer.

Uso de contraste: a avaliação da necessidade da utilização do contraste iodado não iônico é feita individualmente, baseada na indicação clínica e estruturas a serem estudadas, sendo necessário ser realizado por via oral ou via venosa. O uso do contraste é considerado seguro e suas reações adversas são raras, variando de náuseas e vômitos a graus variáveis de reação alérgica.

Para maior segurança, responda as perguntas abaixo:

Qual seu peso? Qual sua altura?

Você está em jejum? () Não () Sim, quanto tempo?

Você já utilizou contraste iodado em Tomografia, Urografia, Cateterismo Cardíaco ou Arteriografia? () Não () Sim

Já apresentou algum tipo de reação alérgica? () Não () Sim, a que?

Como foi a reação: () Vermelhidão e/ou coceira na pele | () Falta de ar ou chiado no peito | () Queda da pressão

() Outros (quais):

Insuficiência renal conhecida? () Não () Sim

Portador de asma? () Não () Sim

Já precisou de atendimento hospitalar para crises de asma? () Não () Sim, quando foi a última crise?

Para mulheres:

Suspeita de gravidez? () Não () Sim, quantas semanas?

Em amamentação? () Não () Sim

Atenção! Este campo será preenchido pelo profissional de enfermagem no momento do exame.

Se a resposta for SIM para QUALQUER UMA das perguntas acima, comunicar ao médico.

Conduta adotada: () Exame realizado () Exame suspenso

Estou ciente que conforme acima descrito poderá ser necessário o uso contraste iodado endovenoso.

() Declaro que fui informado e AUTORIZO O USO DO MEIO DE CONTRASTE, se necessário.

() Declaro que fui informado e NÃO AUTORIZO O USO DO MEIO DE CONTRASTE na realização do exame, tendo ciência da possível limitação diagnóstica na ausência deste recurso.

Afirmando estar ciente das informações acima descritas e reiterando que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas eu, _____, identidade _____, autorizo a equipe da Axial Inteligência Diagnóstica a realizar em mim ou no paciente pelo qual eu respondo como responsável, Tomografia Computadorizada conforme solicitado em pedido médico.

Autorizo a Axial a me enviar informações e novidades sobre saúde através dos canais de contato informados nesse atendimento () NÃO () SIM

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Profissional Habilitado

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE REGISTRO FOTOGRÁFICO

A assinatura no presente documento representa seu **consentimento e concordância** na realização do registro fotográfico (exemplo: lesões, curativos, dermatites e outros) com o objetivo de coletar dados para embasar as ações de sistematização da assistência para tratamento e acompanhamento da terapia instituída, sem finalidade comercial, ressaltando que o registro será sem a caracterização da fisionomia do paciente, preservando sempre a sua imagem e identificação, além de não poder ser divulgada.

DECLARO, igualmente, ter sido informado(a) de forma clara sobre a finalidade e os benefícios do registro fotográfico bem como o não utilização para fins comerciais e divulgação.

DECLARO, também, que a presente autorização é concedida a título gratuito, de livre e espontânea vontade.

AUTORIZO, outrossim, o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou qualquer pretensão.

X _____
Assinatura

DATA: ____/____/____ HORA: ____h ____min

() PACIENTE

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

GRAU DE PARENTESCO: _____

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 REPASSA 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 avaliação 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, área 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 microorganismos 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 ÀS 12H00 (SEGUNDA A SEXTA)	01 PESSOA	BOLETIM MÉDICO DR. LUCAS TIMM ou DR. TALIS VIEIRA GIRARDI
19H30 ÀS 20H00 (TODOS OS DIAS)	01 PESSOA	NÃO TERÁ REPASSE DE INFORMAÇÕES DO QUADRO CLINICO
12H00 ÀS 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.