

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS EM TERAPIA INTENSIVA

Paciente: _____

Carteira Identidade: _____ Data Nascimento: _____

Responsável legal: _____

Carteira Identidade: _____

Autorizo a equipe da UTI do Hospital Socor a realizar no paciente Sr. (a) _____, os procedimentos, exames ou tratamentos citados abaixo, que porventura venham a ser necessários para atendimento à condição de saúde que motivou a internação:

- **Intubação endotraqueal:** Uso de uma prótese para manter a respiração do paciente diante de impossibilidade do mesmo de respirar adequadamente;
- **Traqueostomia:** Colocação de cânula respiratória no pescoço. Indicado 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 naso-enteral:** 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 mal do 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. Assim que passado o período de agitação, a mesma será retirada.

- **Acidente Pérfuro-Cortante:** Durante a prestação do atendimento ao paciente, mesmo com as devidas precauções, pode ocorrer algum tipo de exposição a 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.

TODOS OS PROCEDIMENTOS ACIMA DESCRITOS PODEM SER RECUSADOS PELOS PACIENTES/RESPONSÁVEL LEGAL. EM CASO DE RECUSA SINALIZAR ABAIXO QUAIS DEVEM SER RECUSADOS E OS MOTIVOS.

Declaro ter recebido do médico Dr. _____, CRM-MG _____, 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.

Atesto que neste momento recebi uma cópia e possuo pleno conhecimento de todo o presente termo, que é composto por **2 (duas) vias**.

Assinatura paciente ou responsável

Testemunha 1: _____

Testemunha 2: _____

Deve ser preenchido pelo médico

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.

Assinatura/CRM/carimbo do médico responsável

Consentimento informado não obtido: Emergência e Urgência

Hora: _____ Data: _____ / _____ / _____

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.

Assinatura/CRM/carimbo do médico responsável pelo atendimento