

ETIQUETA

Por este instrumento particular, o(a) paciente _____ declara, para todos os fins legais, especialmente nos termos do artigo 39, VI, da Lei nº 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor), que autoriza este Hospital, por meio do(a) médico(a) assistente Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM nº _____, a realizar os procedimentos médicos, cirúrgicos, e demais condutas necessárias ao diagnóstico e ao tratamento de seu quadro clínico, inclusive com o auxílio de outros profissionais de saúde, quando indicado. Declara, ainda, que o(a) referido(a) médico(a), em observância aos artigos 22 e 34 do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018) e ao artigo 9º do Código de Defesa do Consumidor, prestou informações claras, suficientes e acessíveis acerca do diagnóstico, da indicação do tratamento, dos riscos, benefícios, possíveis complicações e alternativas terapêuticas, encontrando-se plenamente esclarecido(a) para manifestar seu livre e informado consentimento.

INTERNAÇÃO VOLUNTÁRIA

Eu proponho-me, de livre e espontânea vontade, a realizar tratamento em regime de internação na Unidade Psiquiátrica do Hospital, declarando que:

- Fui devidamente informado(a) sobre o funcionamento da unidade;
- Estou ciente e de acordo com as normas de convivência, segurança e tratamento;
- Compreendo meus direitos e deveres durante o período em que permanecer internado(a).

ESCLARECIMENTOS PRELIMINARES

Os(as) médicos(as) responsáveis informaram, de forma clara, completa e compreensível, que:

- Foram discutidos métodos diagnósticos e terapêuticos alternativos;
- O tratamento cirúrgico proposto foi considerado a conduta mais adequada ao meu caso;
- Foram explicados, em linguagem apropriada, os objetivos, etapas e natureza do tratamento.

Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelos(as) profissionais envolvidos(as), e estou satisfeito(a) com as informações recebidas.

NORMAS GERAIS DA UNIDADE DE INTERNAÇÃO

Declaro estar ciente de que, para minha segurança, para o bom andamento do tratamento e para a convivência adequada com outros pacientes, deverão ser observadas as seguintes normas:

- Todos os pertences serão verificados, relacionados e conferidos no momento da admissão e da alta;
- Não é permitida a troca, empréstimo, venda ou doação de objetos entre paciente;
- O posto de enfermagem é área de acesso exclusivo da equipe técnica.
- Fumar somente será permitido com autorização do(a) enfermeiro(a) e do(a) médico(a) assistente, em local apropriado;
- As refeições serão fornecidas exclusivamente pela instituição;
- Alimentos trazidos por familiares serão obrigatoriamente revistados pela equipe;
- Poderá ser solicitado o uso de roupas próprias da unidade, conforme avaliação da equipe, com finalidade de segurança.

PARTICIPAÇÃO NO TRATAMENTO

A participação nas atividades terapêuticas propostas pela equipe multiprofissional integra o tratamento e é obrigatória, salvo contraindicação médica.

CIÊNCIA SOBRE BENEFÍCIOS, RISCOS E DESCONFORTOS

Declaro que li, ou me foi lido, o conteúdo deste termo que descreve detalhadamente riscos, desconfortos e possíveis complicações inerentes ao tratamento.

Compreendi que nenhum tratamento garante cura absoluta e que sua evolução pode variar conforme minha condição clínica.

Como todo tratamento médico, possui riscos à saúde do paciente.

O tratamento poderá apresentar maiores complicações em razão de patologia ou circunstância que coloque em risco a saúde do paciente, cabendo ao paciente informar esta condição ao(à) profissional médico(a) e ao Hospital no momento da assinatura do presente termo.

DIREITOS DO PACIENTE

Durante o período de internação, reconheço que tenho direito a:

- Receber atendimento digno, respeitoso e seguro por toda a equipe multiprofissional;
- Solicitar ajuda a qualquer profissional da unidade sempre que sentir necessidade;
- Realizar reclamações ou manifestações formais junto à Coordenação da Enfermaria caso não concorde com alguma conduta, situação ou atendimento;
- Ter minha integridade física, psíquica e moral preservada, em conformidade com a legislação vigente.

CONDUTAS E COMPORTAMENTOS PROIBIDOS

Estou ciente de que constituem infrações graves, podendo resultar em medidas disciplinares, ajustes terapêuticos e demais providências institucionais:

- Agressão física ou verbal a outros pacientes, acompanhantes ou profissionais;
- Furto, dano ou destruição de objetos da unidade, de colegas ou da equipe;
- Introduzir, portar ou utilizar substâncias químicas ilícitas, bebidas alcoólicas, medicamentos não autorizados ou objetos proibidos dentro da unidade.

DIREITO À INFORMAÇÃO E À REVOGAÇÃO

Fui informado(a) de que:

- Tenho direito de acesso aos documentos médicos e financeiros relativos ao tratamento;
- Posso revogar este consentimento a qualquer momento, antes ou durante o tratamento, sem prejuízo, penalidade ou perda de direitos assistenciais.

INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. De acordo com a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- Cirurgias limpas: até 4%
- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

ORIENTAÇÕES MÉDICAS

Caso haja qualquer efeito colateral que persista por mais de 48 (quarenta e oito) horas após o tratamento, o paciente deve procurar o profissional que realizou o tratamento e, na impossibilidade de localizá-lo, recorrer a um sistema de saúde emergencial, levando consigo toda a documentação envolvendo o tratamento médico realizado.

Este documento não contém todas as complicações e riscos conhecidos ou possíveis, mas apenas os mais frequentes, podendo, eventualmente serem relatados outros efeitos colaterais, que deverão ser levados ao conhecimento do médico imediatamente.

DECLARA ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

DECLARA, 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.

Por fim, **DECLARA** ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns riscos deste tratamento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Ijuí (RS) _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável
Nome: _____
RG/CPF: _____

Ass. Médico Assistente
Nome: _____
CRM: _____ UF: _____