

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS EM TERAPIA INTENSIVA

DECLARANTE

Nome: _____ Idade: _____

Identidade No.: _____ Órgão expedidor: _____ Paciente
 Responsável ou Representante legal

OBS: No caso do declarante não ser o paciente, preencher os dados do paciente no espaço abaixo.

PACIENTE

Nome: _____ Idade: _____

Identidade No.: _____ Órgão expedidor: _____

1. Declaro que o Dr. _____ CRM No. _____ Informou-me que, tendo em vista a minha situação de saúde (ou de meu representado(a)), será necessária a internação em uma Unidade de Tratamento Intensivo ou Semi-Intensivo.

2. Entendo que durante a internação nestes setores serão necessários diversos procedimentos invasivos para que o tratamento seja adequadamente realizado. Estes procedimentos incluem: instalação de equipamentos de monitorização (cardio-respiratória, hemodinâmica, entre outras), acesso venoso por veias periféricas e/ou centrais (profundas), acessos arteriais, punção líquóica, instalação de cateter vesical e/ou gastro-enteral, intubação traqueal, ventilação mecânica (invasiva e não-invasiva), procedimentos de diálise, suporte nutricional enteral ou parenteral e, eventualmente, a contenção no leito como medida protetora.

3. A proposta do tratamento que será realizado, seus benefícios, riscos e complicações potenciais me foram claramente explicadas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

4. Autorizo os procedimentos acima listados e qualquer outro exame ou tratamento, inclusive transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente tratamento e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

5. Assim, declaro agora que estou satisfeito(a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos deste tratamento. Por tal razão, e nestas condições, dou o meu consentimento para que o mesmo seja realizado.

6. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento ou parte dele, que especificarei, desistindo do tratamento, desde que não haja risco de vida.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____

Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)

Testemunha

Testemunha

MÉDICO RESPONSÁVEL (em situações de Emergência, dois médicos deverão assinar)

- Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.
 Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____

Hora: _____

Médico, CRM

Médico, CRM

Testemunha

Testemunha

REVOGAÇÃO: RJ, ____/____/____ Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)