

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA UTI

Este Termo de Consentimento Informado Tem por objeto informar ao paciente e/ou ao seu responsável/representante legal, os principais aspectos (benefícios, riscos, complicações e objetivos) referentes a sua Internação na UTI, e o atendimento prestado pela equipe multidisciplinar do Hospital Unimed Regional Jaú.

A Internação na UTI ocorre sempre que condições clínicas do paciente são consideradas instáveis, justificando a necessidade de acompanhamento médico – assistências intensivos, em unidades fechada por prazo indeterminado.

1. Fui informado (a) pelo médico (a) _____ CRM: _____ sobre a necessidade do meu tratamento na UTI.

2. Estou ciente de que, por se tratar de cuidados intensivos, podem ser necessários procedimentos habitualmente realizados em UTI, tais como:

- Monitorização dos sinais (pressões, temperatura, frequência cardíaca e respiratória, função cardíaca e respiratória, saturação de oxigênio e outros gases);
- Instalação de equipamentos de suporte da função respiratória que auxiliam a respiração (máscaras e tubos endotraqueal / traqueostomia (tubos na traqueia) ligada aos aparelhos ou fonte de gases);
- Procedimentos invasivos, como colocação de cateteres, sondas ou outras intervenções cirúrgicas emergenciais;
- Medicamentos e nutrientes para manutenção da vida;
- Transfusão de Hemocomponentes (hemácias, plaquetas, plasma, crioprecipitado);
- Atendimento por equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistente social etc);
- Realização de exames de imagem, eventualmente com administração de contraste radiológico e/ou com anestesia geral;
- Sedação, inclusive com uso de anestésicos, dentre outros.

3. Estou ciente de que, para os procedimentos acima especificados, poderei me submeter ao emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão indicação exclusiva do médico anestesista.

4. Autorizo a equipe médica a realizar os procedimentos ora citados, quando e na forma como julgarem tecnicamente necessários, assim como outros procedimentos com o fim de solucionar as situações imprevisíveis ou emergências.

5. Posso interromper este tratamento a qualquer momento, quando não houver risco iminente de morte, sem que este fato implique qualquer problema ou constrangimento entre mim e a equipe médica, estando ciente das consequências desta intervenção e dos benefícios da terapêutica proposta.

**TERMO DE CONSENTIMENTO
ESCLARECIDO PARA UTI****A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO RESPONSÁVEL**

Declaro para os devidos fins e efeitos que expliquei ao paciente (ao seu responsável/representante legal) de forma clara e objetiva o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos da necessidade do tratamento UTI, assim como os seus benefícios e alternativas, esclarecendo suas dúvidas e deixando-o livre para decidir a respeito do tratamento. De acordo com o meu atendimento, o paciente (ou seu responsável/representante legal) está em perfeitas condições de compreender todo o conteúdo deste termo e de autorizar o tratamento.

Carimbo e assinatura do médico:

Confirmo que recebi, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dado a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas e, assim, sendo, assino o presente Termo de Consentimento, para que ele produza seus efeitos.

Assinatura: _____ Data: _____

☐ Paciente

☐ Responsável ou representante legal

CPF (responsável): _____

Grau de Parentesco: _____

Paciente com acompanhante: ☐ Sim ☐ Não