

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) INTERNAMENTO GINECOLÓGICO	Padrão nº: FOR.GOV.019 Página 1 de 3
---	--	---

Este Termo de Consentimento Informado tem por objetivo informar ao paciente e/ou ao seu responsável/representante legal, quanto aos principais aspectos (definição, objetivos, benefícios, riscos, efeitos colaterais e complicações) do **INTERNAMENTO GINECOLÓGICO** a ser realizado, complementando as informações prestadas pelo médico assistente e pela equipe multidisciplinar no Hospital Unimed em Petrolina. Ressalta ainda que, caso o paciente seja menor de 18 anos, portador de doença física ou mental que comprometam o entendimento, pessoa inconsciente ou severamente debilitada, a responsabilidade de autorização será do familiar responsável (pai,mãe) ou responsável legal.

DECLARO QUE:

1. Após a realização de exames e/ou cuidadosa avaliação fui informado da necessidade e da indicação de internamento hospitalar (em acomodação clínica ou em ambiente de terapia intensiva). Estou ciente que o fato de inicialmente o internamento hospitalar ocorrer em ambiente de enfermaria clínica respeitando o meu tipo de acomodação contratada, eu posso na ocasião de piora clínica ou por quaisquer outros motivos, ser transferido para unidade de terapia intensiva - UTI;

2. Recebi todas as informações necessárias relacionadas à referida internação, os riscos de aceitar ou não, os seus benefícios, possíveis intercorrências, eventuais complicações, cuidados que devo adotar e, também quando existente, possíveis alternativas de tratamento. Tudo foi devidamente esclarecido. Todas as minhas perguntas foram detalhadamente respondidas e as minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente;

3. Entendo que durante a internação, poderão ser necessários diversos procedimentos invasivos para que o tratamento seja adequadamente realizado. Estes procedimentos incluem: instalação de equipamentos de monitorização (cardiorrespiratória, hemodinâmica, entre outras), acesso venoso por veias periféricas e/ou centrais (profundas), acessos arteriais, punção cavitária, punção líquórica, instalação de cateter vesical e/ou gastro-enteral, intubação traqueal, suporte nutricional enteral ou parenteral e, eventualmente, a contenção no leito como medida protetora;

4. Pode ser necessária a realização de exames de imagem como tomografias, ressonâncias, angiografias, cateterismos, eventualmente com a administração de contraste radiológico, assim como gastrostomia, colonoscopia e broncoscopia, dentre outros;

5. Fui esclarecido que, em decorrência de situações ainda não diagnosticadas ou de complicações emergenciais, inesperadas e não discutidas ou previstas, poderá ser necessário procedimento cirúrgico;

6. Tenho consciência que, apesar da evolução da medicina e da perícia do médico, não existe qualquer garantia de resultado do tratamento e que todo tipo de procedimento pode ter complicações inesperadas, risco de sequelas graves, incapacidade permanente e até de morte;

7. Prestei ao médico todas as informações relativas à saúde e hábitos do paciente, presentes e passadas, clínicas e cirúrgicas, inclusive as medicações em uso ou já utilizadas, e fui avisado que qualquer omissão ou informação equivocada poderá trazer graves prejuízos ou comprometer o resultado do tratamento;

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) INTERNAMENTO GINECOLÓGICO	Padrão nº: FOR.GOV.C.019 Página 2 de 3
---	--	---

8. Estou plenamente informado e satisfeito com as informações recebidas e sei que poderei esclarecer quaisquer novas dúvidas que possam surgir em qualquer fase do tratamento;

9. 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.

Cuidados que a paciente deve adotar durante o internamento hospitalar:

- Seguir orientações médicas:
 - Participar de exames e procedimentos conforme indicados.
 - Evitar sair do leito sem autorização (especialmente em casos de risco de queda).
- Higiene e conforto pessoal.
 - Manter boa higiene corporal com apoio da equipe, se necessário.
 - Utilizar roupas limpas e confortáveis. o Informar à equipe se algo estiver desconfortável.
- Prevenção de complicações.
 - Fazer mudanças de posição no leito, quando possível, para prevenir lesões por pressão.
 - Hidratar-se adequadamente, se liberado.
 - Praticar exercícios de respiração ou mobilidade com fisioterapeutas, se indicado.
- Comunicação e bem-estar emocional.
 - Manter diálogo com a equipe sobre dores, angústias ou desconfortos.
 - Solicitar apoio psicológico, se sentir necessidade.
 - Manter contato com familiares (respeitando normas do hospital).
- Alimentação.
 - Informar a equipe sobre dificuldades para engolir ou falta de apetite.
 - Evitar alimentos não autorizados.
- Segurança e colaboração.
 - Chamar a enfermagem sempre que precisar se levantar ou tiver dúvidas.
 - Não mexer em equipamentos médicos.
 - Respeitar horários e orientações da instituição.

**LIDO, COMPREENDIDO, CIENTE E DE ACORDO COM TODO O CONTEÚDO DESTES TERMOS,
AUTORIZO EXPRESSAMENTE O PROCEDIMENTO PROPOSTO.**

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) INTERNAMENTO GINECOLÓGICO	Padrão nº: FOR.GOV.C.019
		Página 3 de 3

PACIENTE 1. Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado. 2. Em havendo necessidade de hemotransfusão sanguínea, qual a sua opção: ☐ ACEITO receber transfusão de sangue e/ou seus derivados, caso a equipe médica considere necessário para meu tratamento, estando ciente dos benefícios, riscos e alternativas explicadas. ☐ RECUSO receber transfusão de sangue e/ou seus derivados, mesmo que isso possa comprometer minha saúde ou colocar minha vida em risco, por motivos pessoais, religiosos ou outros. Declaro estar ciente das possíveis consequências da recusa e assumo total responsabilidade por essa decisão. Paciente: _____ Responsável (Grau de Parentesco): _____ RG: _____ CPF: _____ Assinatura: _____ Petrolina/PE ____/____/____ Hora: ____:____
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, está em condições de compreender o que lhes foi informado. Nome do Médico: _____ Assinatura: _____ Petrolina/PE ____/____/____ Hora: ____:____