|  |  |
| --- | --- |
| TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  **USO DE LEVOMEPROMAZINA PARA SEDAÇÃO**  Eu, abaixo assinado, autorizo o(a) médico(a)       e a equipe da Unidade de Neurofisiologia Clínica do Hospital de Clinicas de Porto Alegre, utilizarem o medicamento Levomepromazina, com fins de sedação, para a realização do exame de eletroencefalografia em sono do(a) meu(minha) filho(a) ou dependente. Estou ciente que a Levomepromazina,é um fármaco sedativo, ideal para uso em eletroencefalografia, pois induz o sono sem interferir significativamente no exame e que quando utilizado dentro de limites de dose adequados, calculados para o peso corporal do paciente, é um fármaco seguro, e que causa poucos efeitos colaterais  Declaro ter sido informado(a) de forma clara sobre os benefícios, riscos, indicações e contraindicações do seu uso e me foi dada oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente. Estou ciente que, como todo remédio sedativo, ele pode ocasionar redução dos batimentos cardíacos e diminuição dos mecanismos de defesa respiratórios (mobilização de secreções, tosse).  Fui informado(a) ainda quena Unidade de Neurofisiologia Clínica:  1. Pacientes com menos de 5 anos de idade, e/ou com retardo mental, paralisia cerebral, e síndromes genéticas, não podem se agendados, nem sedados, sem a apresentação da receita do medicamento, preenchida pelo seu médico assistente.  2. O medicamento é administrado por via oral na hora em que o exame é feito, e não é necessário que o paciente o compre.  3. Pacientes que estiverem gripados, encatarrados, com tosse ou febre não podem ser sedados e devem ter seu exame reagendado.  4. Mesmo que seja feita a sedação com a medicação, é necessária a restrição de sono prévia ao exame.  Autorizo que imagens de exames complementares, entre outras, possam ser utilizadas para fins científicos, como apresentação de casos a acadêmicos ou residentes e apresentações em eventos médicos, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. Da mesma forma estou ciente que profissionais devidamente qualificados, nas funções de auditores, peritos médicos oficiais, avaliadores em programas de acreditação ou servidores públicos exercendo atividades regulatórias poderão ter acesso aos dados do prontuário, mantendo o compromisso de sigilo destas informações.  Estou ciente que o tratamento não se limita ao uso desta medicação, sendo que deverei retornar ao ambulatório/hospital nos dias determinados pela equipe médica, bem como informá-la imediatamente sobre possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir.  **CONCLUSÃO**  Diante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta neste documento e ciente de que a obrigação do médico é utilizar todos os meios conhecidos e disponíveis no local onde se realiza o tratamento, na busca da saúde do paciente. Assim, decidi conjuntamente com a equipe médica que o procedimento proposto acima é a melhor indicação neste momento para o quadro clínico do(a) meu(minha) filho(a) ou dependente.  Certifico que este formulário me foi explicado, que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.  Data:      /     /     .  Nome (em letra de forma) do paciente ou responsável:    Assinatura do paciente ou responsável:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Grau de parentesco do responsável:           Assinatura e CRM do médico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pela equipe.  O(a) médico(a) deverá registrar a obtenção deste consentimento no Prontuário do Paciente, no item evolução. | |
| POA 11 PB  **TERMO DE CONSENTIMENTO  LIVRE E ESCLARECIDO Unidade de Neurofisiologia Clínica**  **USO DE LEVOMEPROMAZINA  PARA SEDAÇÃO** | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED-521FE– gráfica hcpa – mar23**