|  |  |
| --- | --- |
| TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  Reumatologia – Punção/Infiltração de Articulação e Tecidos Adjacentes  Eu, abaixo assinado, autorizo o(a) Dr(a).      , equipe médica e assistentes, no Hospital de Clinicas de Porto Alegre, a realizarem o procedimento proposto, punção/infiltração de articulação e tecidos adjacentes. O(a) médico(a) explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos do procedimento e me foi dada oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente.  Sei que este procedimento médico não é isento de riscos, já que além daquelas complicações possíveis durante a sua realização existem outras que podem ocorrer após o procedimento, de maneira imediata ou tardia.  Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:   1. Complicações ou dificuldades técnicas durante o procedimento que impeçam a realização do mesmo. 2. Suspensão do procedimento por impossibilidade da realização por condições técnicas ou clínicas surgidas imediatamente antes do seu início. 3. Dor ou desconforto local, podendo haver necessidade de usar medicações para melhora. 4. Sangramento dentro da articulação ou ao seu redor, podendo provocar inchaço e hematoma (mancha roxa). Esta complicação pode necessitar de outros procedimentos e de uso de medicamentos para resolvê-la. 5. Inflamação ou infecção da articulação e ao seu redor, com inchaço e dor. Trata-se de uma complicação infrequente, mas que pode requerer tratamento futuro, com uso de medicamentos e outros procedimentos. 6. Mudança na cor da pele próxima ao local de punção que, apesar de rara, pode durar bastante tempo. 7. Outros riscos (especificar quando pertinente)      .   Estou ciente de que a lista anterior pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer neste procedimento, mas é a lista de riscos mais comuns. E mesmo em procedimentos médicos minimamente invasivos podem ocorrer complicações gerais que podem agravar a minha situação clínica atual. Fui informado(a) também sobre alternativas terapêuticas ao tratamento proposto, concordando com a decisão de realizar esse procedimento no momento.  Reconheço que durante o procedimento médico ou no período seguinte, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento**,** incluindo transfusão de sangue e hemoderivados. Assim sendo, autorizo a equipe médica a executar esses atos e outros procedimentos que sejam considerados necessários e desejáveis. Esta autorização estende-se a todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento da equipe médica até o momento em que o procedimento for iniciado.  Autorizo também que qualquer fluido ou tecido removido durante o procedimento seja encaminhado para exames complementares, como parte dos procedimentos necessários para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.  Autorizo igualmente que imagens do procedimento e 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 procedimento previsto, sendo que deverei retornar ao consultório/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 na medicina, e disponíveis no local onde se realiza o tratamento, na busca da saúde do paciente. Fico ciente de que eventuais resultados adversos podem ocorrer mesmo com os melhores cuidados técnicos aplicados. Assim, decidi conjuntamente com a equipe médica que o procedimento proposto acima é a melhor indicação neste momento para o meu quadro clínico.  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 pelo seu médico.  O médico deverá registrar a obtenção deste consentimento no Prontuário do Paciente, no item evolução. | |
| POA 11 PB  **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Serviço de Reumatologia**  **PUNÇÃO/INFILTRAÇÃO DE ARTICULAÇÃO E TECIDOS ADJACENTES** | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED-442FE– gráfica hcpa – mar23**