|  |  |
| --- | --- |
| **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  **Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico**  Eu, abaixo assinado, tendo em vista o quadro de saúde de meu(minha) filho(a), fui informado(a) e esclarecido(a) pelo médico(a)      , sobre a necessidade de internação na Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico.  O(a) médico(a) explicou-me, de forma clara, a natureza e os objetivos desta internação, e foi dada oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente.  Fui informado(a), e entendi, que durante a internação nesta unidade poderão ser necessários alguns procedimentos invasivos para que o tratamento seja adequadamente realizado.  Estes procedimentos podem incluir:   * Instalação de equipamentos para avaliação dos sinais vitais (pressões, temperatura, freqüência respiratória, função cardíaca e respiratória, saturação de oxigênio e outros gases); * Sedação e eventualmente contenção no leito como medida protetora; * Instalação de equipamentos que auxiliam a respiração (máscaras e tubos na traquéia ligados a aparelhos ou a fontes de oxigênio e ar comprimido); * Acesso venoso por veias periféricas e/ou centrais (profundas), e artérias; * Instalação de sonda vesical (na bexiga) e/ou gastroenteral (no estômago e intestino); * Punção liquórica e/ou colocação de cateteres no sistema nervoso central; * Colocação de drenos no tórax ou no abdômen; * Instalação de equipamentos que auxiliam ou substituem a função dos rins (diálise); * Realização de exames de imagem, eventualmente com administração de contraste radiológico; * Realização de outras intervenções cirúrgicas emergenciais.     Estou ciente que estes procedimentos não são isentos de riscos, podendo ocorrer outras complicações, durante e após a intervenção, como infecções, sangramentos, lesões viscerais, mucosas ou cutâneas, alterações do estado de consciência e coma, parada cardiorrespiratória, perda ou piora da função orgânica e reações alérgicas, entre outros.  Fui informado(a) também que para a realização de alguns dos procedimentos acima especificados poderá ser necessário o emprego de sedação ou anestesia, cujos métodos e técnicas serão de indicação do médico intensivista ou do médico anestesista. Reconheço que existem riscos e complicações com a sedação e a anestesia.  Estou ciente também que durante esta internação novas condições possam requerer condutas diferentes ou adicionais em relação aquelas anteriormente descritas neste consentimento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados. Assim sendo, autorizo a equipe de Tratamento Intensivo Pediátrico a executar esses e outros procedimentos que sejam considerados necessários e desejáveis.  Autorizo ainda que qualquer órgão, fluido ou tecido eventualmente removidos durante os procedimentos descritos sejam encaminhados para exames complementares, como parte dos recursos necessários para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.  Autorizo também que imagens de procedimentos e de exames complementares, como tomografia computadorizada e ressonância, entre outras, possam ser utilizadas para fins acadêmicos, incluindo comunicações de casos a estudantes ou residentes e apresentações em eventos científicos, sendo garantidos 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 meu prontuário, mantendo o compromisso de sigilo destas informações.  Fui informado(a) e concordei que, em situações sem risco iminente contra a vida do meu(minha) filho(a), os procedimentos serão previamente discutidos comigo. Quando houver risco imediato contra a vida, a equipe médica tomará a decisão que considerar mais adequada no momento, se não houver tempo para discussão comigo.  **CONCLUSÃO**  Diante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta neste documento e ciente de que a obrigação da equipe médica 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 a proposta de internação em unidade de cuidados intensivos é a preferencial neste momento para o quadro clínico do meu(minha) filho(a).  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.** | |
| **TERMO DE CONSENTIMENTO  LIVRE E ESCLARECIDO Unidade de Tratamento  Intensivo Pediátrico** | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED-456FE – 292718 – gráfica hcpa – mai23**