|  |  |
| --- | --- |
| **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  **Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência**  **Atendimento Ambulatorial em Psicoterapia Psicanalítica**  Eu, abaixo assinado, responsável legal pelo(a) paciente     , autorizo a equipe do Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre a realizar a avaliação diagnóstica e o tratamento medicamentoso e psicoterápico considerados necessários no caso. O atendimento consiste em consultas sistemáticas semanais com horário definido, realizadas por um médico psiquiatra em formação. A duração prevista para o tratamento é de cerca de um ano. Após este período o(a) paciente receberá alta ou serão realizados os encaminhamentos considerados necessários pela equipe do Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência.  A equipe explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos do tratamento, e foi dada oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente.  Também foi explicado que o médico psiquiatra em formação será acompanhado por um supervisor (psiquiatra orientador) durante todo o período em que o(a) paciente estiver sendo atendido(a) nesta modalidade de tratamento. Todas as consultas poderão ser filmadas e ao mesmo tempo poderão estar sendo reproduzidas em um computador instalado em uma sala ao lado do consultório. Nesta sala, o supervisor (psiquiatra orientador) poderá acompanhar todo o atendimento/tratamento realizado pelo psiquiatra que atende diretamente o(a) paciente (psiquiatra em formação). Esta filmagem nunca será gravada e, portanto, ao terminar a consulta do(a) paciente não haverá qualquer registro da filmagem. Os profissionais envolvidos no tratamento do(a) paciente observarão sempre a privacidade e a confidencialidade das informações geradas nas consultas. Caso eu não permita as filmagens, fui informado(a) que o atendimento do(a) paciente não sofrerá nenhum prejuízo.  Estou ciente que os desenhos, pinturas, trabalhos com argila, entre outros, desenvolvidos nas atividades durante o atendimento psicoterápico do(a) paciente poderão ser registradas em fotografia, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, ou seja, o nome e a imagem dos pacientes não aparecerão. Neste sentido autorizo que estas imagens sejam utilizadas para fins científicos, como apresentação de casos em eventos técnico-científicos, garantindo-se sempre a privacidade e a confidencialidade das informações. 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.  Fui informado(a) ainda e concordo que caso o(a) paciente falte duas consultas sucessivas ou três consultas esporádicas num período de seis meses e sem justificativa julgada como importante pela equipe assistencial ele(a) será desligado do atendimento. Também me foi esclarecido que a pontualidade é um ponto fundamental do tratamento e que os atrasos prejudicam a evolução do tratamento.  Eu também estou ciente que deverei participar das sessões psicoterápicas juntamente ou não com o(a) paciente, quando for solicitado pelo(a) médico(a) psiquiatra em formação.  Declaro que estou ciente das informações acima e concordo em participar desta forma de atendimento.  Fui informado(a) também que todos os procedimentos descritos fazem parte do tratamento e que os pacientes e familiares devem aderir a estas atividades, sendo a participação nas mesmas indispensável.  **CONCLUSÃO**  Diante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta neste documento e ciente de que a responsabilidade da equipe é utilizar todos os meios conhecidos e disponíveis, no local onde se realiza o tratamento, na busca da saúde do paciente. Estou ciente das regras do Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e concordo em respeitá-las, cuidando para que o(a) paciente também as respeite.  Certifico que este Termo 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 responsável:    Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Grau de parentesco do responsável:           Assinatura do responsável pela aplicação do termo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **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**  **Serviço de Psiquiatria da  Infância e da Adolescência**  **ATENDIMENTO AMBULATORIAL EM PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA** | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED-552FE – gráfica hcpa – mai23**