|  |  |
| --- | --- |
| **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  **Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência**  **Atendimento Ambulatorial em Psicoterapia de Família**  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 avaliação diagnóstica e 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 até um ano. Após este período o(a) paciente será reavaliado(a) e serão realizados os encaminhamentos considerados necessários pela equipe do Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, sendo uma das possibilidades a alta deste Serviço.  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.  Fui informado(a) e estou ciente que nesta modalidade de tratamento, a família toda deve comparecer às consultas. Espera-se que venham, ao menos, os familiares que residem na mesma casa com o(a) paciente. Outros membros da família ou da comunidade poderão ser chamados às consultas. A impossibilidade de comparecimento sistemático dos adultos com um papel importante na vida do(a) paciente (pais, avós ou tios com responsabilidade com o mesmo, padrasto/madrasta) limita ou mesmo inviabiliza esta modalidade de tratamento.  Fui avisado(a) e concordo que caso a família falte a duas consultas sucessivas ou três consultas esporádicas num período de seis meses e sem justificativa julgada como importante pela equipe assistencial o(a) paciente será desligado(a) do atendimento. A pontualidade é muito importante para que se aproveite o tratamento proposto. Atrasos de vinte minutos ou mais serão considerados faltas.  Declaro que estou ciente das informações acima e concordo em participar desta forma de atendimento. 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) 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 DE FAMÍLIA** | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED-551FE – gráfica hcpa – mar23**