|  |  |
| --- | --- |
| **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  **Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência**  **Atendimento Ambulatorial em Psicoterapia de Adição**  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 cerca de 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.  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 ser 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(a) 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 qualquer prejuízo.  Estou ciente que ao paciente será solicitada a realização de testes urinários para detecção de drogas de abuso (maconha e cocaína) semanalmente. Fui informado(a) que estes exames serão realizados no próprio Hospital de Clínicas, sem qualquer custo financeiro e os resultados ficaram protegidos pelo sigilo médico.  Fui informado(a) também 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. A pontualidade é muito importante para que se aproveite o tratamento proposto e atrasos de vinte minutos ou mais serão considerados faltas. Da mesma forma, na qualidade de responsável pelo paciente, fui avisado(a) que devo participar dos grupos de orientação para pais, nos dias e horários definidos pela equipe assistencial. A frequência mínima exigida para os responsáveis pelo paciente é de dois grupos por mês. Caso esta frequência mínima no espaço de atendimento designado não seja atingida, também será motivo de desligamento do(a) paciente do atendimento.  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. Da mesma forma fui informado(a) 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.  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 DE ADIÇÃO** | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED-550FE – gráfica hcpa – mai23**