|  |  |
| --- | --- |
| TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  **Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência**  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 desenvolver as atividades necessárias para avaliação diagnóstica e tratamento terapêutico com meu(minha) filho(a). O atendimento ocorre através de equipe multidisciplinar composta por médico psiquiatra, equipe de enfermagem, educador físico, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e apoio pedagógico. Como este é um hospital-escola, estou ciente que parte do atendimento poderá ser realizado por profissionais em treinamento, sob supervisão.  A equipe explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos do seu trabalho e foi dada oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente.  Eu e/ou meus familiares fomos orientados, de forma clara, que o(a) paciente deve obrigatoriamente ficar acompanhado(a), durante todo o período de internação, por familiar ou responsável maior de 18 anos durante as 24h do dia, incluindo qualquer deslocamento do quarto que este(a) venha a fazer, por indicação da equipe assistencial. Estamos cientes também que poderão ocorrer, a critério da equipe, a verificação de pertences e a averiguação do ambiente terapêutico com finalidade de identificar objetos que possam trazer risco ao paciente, ao cuidador ou à equipe assistencial.  Quando forem autorizados pela equipe médica passeios terapêuticos (de reinserção social) ou readaptação escolar, assim como quando a equipe médica julgar necessária alguma outra atividade extra-hospitalar (ex. consulta odontológica, corte de cabelo), estou ciente que o(a) paciente deverá obrigatoriamente estar sempre acompanhado pelo seu familiar ou responsável maior de 18 anos.  Fui informado(a) que o período de internação poderá ser longo e que os passeios e as idas à escola, quando possíveis, fazem parte do tratamento e do processo de alta durante a internação hospitalar.  Estou ciente que as atividades desenvolvidas poderão ser registradas em fotografia e vídeo, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, e o(a) paciente e/ou familiares não serão identificados através destas imagens. Neste sentido autorizo que estas imagens também sejam utilizadas para fins científicos, incluindo comunicações de casos a estudantes ou residentes e apresentações em eventos científicos. 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 de todos indispensável. Estou ciente também que o atendimento prestado pelo HCPA tem finalidade terapêutica e portanto, conforme o Código de Ética Médica, é proibido ao médico assistente emitir laudos periciais de seu próprio paciente.  CONCLUSÃO  Diante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta neste documento e ciente de que a obrigação 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 da equipe do Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e concordo em respeitá-las, cuidando para que meu(minha) filho(a) também as respeite.  Recebi ainda o Guia de Orientações para Pacientes e Familiares da Unidade de Internação da Psiquiatria da Infância e Adolescência Maria Lucrécia Zavaschi. Certifico que li todo o manual e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pela equipe médica. Comprometo-me a seguir todas as orientações do Guia de Orientações e zelar para que meu(minha) filho(a) também siga estas orientações, bem como me comprometo a orientar outros cuidadores que ficarão como responsáveis do meu(minha) filho(a) durante a internação.  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 responsável:    Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Grau de parentesco do responsável:           Assinatura e CRM do médico 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.** | |
| POA 11 PB  TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  **Serviço de Psiquiatria  da Infância e Adolescência** | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED-519FE– gráfica hcpa – mai23**