|  |  |
| --- | --- |
| TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  Procedimentos na Hemodinâmica  Eu, abaixo assinado, autorizo o(a) Dr(a).      , equipe médica e assistentes, no Hospital de Clinicas de Porto Alegre, a realizarem o procedimento proposto -      – como forma de tratamento/diagnóstico para o meu caso. O(a) médico(a) explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos do procedimento e foi dada oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente.  Sei que este procedimento médico não é isento de riscos, já que além daquelas complicações possíveis durante a sua realização existem outras que podem ocorrer no período imediato ou tardio.  Os possíveis riscos associados a este procedimento foram esclarecidos e são os seguintes:   1. Dificuldades técnicas durante o procedimento que impeçam a sua realização. 2. Suspensão do procedimento por condições técnicas ou clínicas surgidas imediatamente antes da sua realização. 3. Dor ou desconforto na região da incisão ou punção requerendo medicamentos analgésicos. 4. Febre, geralmente baixa, nos dias seguintes ao procedimento. 5. Possibilidade de edema, hematoma e/ou infecção no local da incisão ou punção requerendo tratamento futuro. 6. Complicações associadas especificamente ao procedimento como grave perda de sangue, parada cardíaca, choque anafilático, infecção, comprimetimento do encéfalo, medula, nervos, envoltórios com consequentes paralisias, perdas de sensibilidade, comprometimento da linguagem, inteligência, órgãos dos sentidos, controle dos esfíncteres, incoordenação motora, fístula liquórica, distúrbios neuroendócrinos, meningite e inclusive morte. 7. Outros riscos (especificar quando pertinente)      .   Estou ciente de que a lista anterior pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer neste procedimento, mas é a lista de riscos mais comuns.  Fui informado(a) também sobre alternativas terapêuticas ao tratamento proposto, incluindo cirurgia.  Reconheço que durante o procedimento médico ou no período imediato novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento,incluindo transfusão de sangue e hemoderivados. Assim, autorizo a equipe médica a executar esses atos e outros procedimentos que sejam considerados necessários e desejáveis. Esta autorização estende-se a todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento da equipe médica até o momento em que o procedimento for iniciado.  Autorizo também que qualquer órgão, fluido ou tecido removido durante o procedimento seja encaminhado para exames complementares, como parte dos procedimentos necessários para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.  Concordo ainda com a administração de sedativos, analgésicos e/ou anestésicos que sejam considerados necessários. Reconheço que sempre existem riscos para a vida e complicações com a anestesia.  Autorizo igualmente que imagens do procedimento e de exames complementares, como tomografia computadorizada e ressonância, entre outras, possam ser utilizadas para fins científicos, como apresentação de casos a acadêmicos ou residentes e apresentações em eventos médicos, sendo garantido 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 prontuário, mantendo o compromisso de sigilo destas informações.  Estou ciente que o tratamento não se limita ao procedimento previsto, sendo que deverei retornar ao consultório/hospital nos dias determinados pela equipe médica, bem como informá-la imediatamente sobre possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir.  **CONCLUSÃO**  Diante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta neste documento e ciente de que a obrigação do médico 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 o procedimento proposto acima é a melhor indicação neste momento para o meu quadro clínico.  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) da paciente ou responsável:    Assinatura da 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. | |
| POA 11 PB  TERMO DE CONSENTIMENTO  LIVRE E ESCLARECIDO Serviço de Neurocirurgia **PROCEDIMENTOS NA HEMODINÂMICA** | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED-421FE – gráfica hcpa – dez22**