|  |  |
| --- | --- |
| **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  **Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência**  **Atendimento Ambulatorial no Programa de Identidade de Gênero (PROTIG) da Infância e 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 (HCPA) a desenvolver a avaliação diagnóstica e realizar consultas ambulatoriais visando um melhor entendimento e encaminhamento das possíveis questões de incongruência/disforia de gênero para o(a) paciente      . A avaliação diagnóstica compreende entrevistas clínicas com paciente e familiares/responsáveis, instrumentos auto-preenchidos pelo paciente e também por familiares, instrumentos aplicados pela equipe para pacientes e familiares. Exames laboratoriais também estão previstos, além de outras demandas de acordo com especificidades do(a) paciente. O atendimento consiste em consultas na agenda Adolescência PROTIG (APG), atualmente na Zona 7, dos ambulatórios.  A equipe explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos do tratamento, e me foi dada oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente.  Fui informado(a) que uma vez por mês, há atendimento em grupo, organizado por faixa etária, conduzido por dois profissionais da saúde mental, onde são abordadas questões de gênero. Um grupo por mês é destinado aos pais/responsáveis, considerados importantes na parceria com a família. O grupo de familiares não é oferecido simultaneamente a todas as famílias, sendo organizados por faixa etária do(a) paciente ou por temáticas de interesse. Tais consultas são realizadas em agendas específicas da Psiquiatria Adolescência Grupo PROTIG (agenda PSA).  Estou ciente que o programa é multidisciplinar e contempla a participação de enfermeiro, psicólogo, médico psiquiatra da infância e adolescência e médico endocrinologista. A partir dos dezesseis(16) anos, pelas normas atuais do Conselho Federal de Medicina (CFM), existe a possibilidade do paciente receber hormonioterapia. Para que ocorra o encaminhamento ao endocrinologista da equipe, devem ser observados os seguintes critérios, entre outros: estar vivendo socialmente transicionado há pelo menos dois(2) anos, sendo um ano sob os cuidados da nossa equipe; comparecimento em ao menos doze(12) grupos; ausência de uso de substâncias psicoativas (o hospital realiza *screening/*pesquisa de drogas de abuso); em caso de comorbidade psiquiátrica, o quadro deve estar estabilizado há pelo menos um ano (caso o paciente esteja em atendimento com psiquiatra de fora do HCPA, será solicitado que o(a) paciente apresente um atestado).  Fui informado(a) ainda e concordo que caso o(a) paciente falte duas(2) consultas sucessivas ou três(3) consultas esporádicas no período de seis meses, ele(a) será desligado(a) do atendimento. Concordo que a pontualidade é muito importante para que se aproveite o tratamento proposto. Atrasos de vinte(20) 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 indispensáveis.  **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 responsável1 (R1):  Assinatura do R1:  Nome (em letra de forma) do responsável2 (R2):  Assinatura do R2:  Grau de Parentesco do R1 e R2 com paciente, respectivamente:  Assinatura do responsável pela aplicação do termo:  **PS: caso exista apenas um guardião legal, (guarda unilateral, viuvez), apenas um responsável se faz necessário.**  **Em caso de dois guardiões (guarda compartilhada ou outras configurações familiares com dois adultos legalmente responsáveis), espera-se a concordância de ambos.**  **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 no Programa de Identidade de Gênero (PROTIG) da Infância e Adolescência** | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED-609FE – gráfica hcpa – mai23**