



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA

Av. Vicente Ferreira, 828 - CEP: 17515-900 – Marília / SP - CNPJ: 52.049.244/0001-62

Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559

site: www.santacasamarilia.com.br

TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA” INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

(Resolução CMF n. 1.931/2009 - Código de Ética Médica)

O (a) paciente ou seu responsável abaixo, autoriza, através do presente termo de consentimento livre e esclarecido, a internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), devido à necessidade de serem oferecidos ou mantidos cuidados médico-assistenciais intensivos, bem como para proceder nas investigações necessárias ao diagnóstico, estado de saúde e conduta terapêutica.

O(a) paciente ou seu(sua) responsável está ciente, de acordo e foi esclarecido das seguintes condições:

1. Recebeu a informação de que podem ser necessários procedimentos habitualmente realizados em UTI, tais como:
 - Monitorização dos sinais vitais (pressão, temperatura, função cardíaca e respiratória);
 - Instalação e equipamentos de suporte da função respiratória que auxiliam a respiração (máscara ou tubos na traqueia, ligados a aparelhos ou fonte de gases);
 - Procedimentos invasivos, como colocação de cateteres, sondas, drenos, marcapasso ou outras intervenções cirúrgicas emergenciais;
 - Contenção mecânica, aplicada em pacientes com alterações importantes de comportamento, visando protegê-lo contra lesões e outros danos (quedas, contaminação de cateteres, feridas, retirada de dispositivos importantes para manutenção da vida);
 - Transfusão de Hemocomponentes (hemácias, plaquetas, plasma, crioprecipitado);
 - Medicamentos e nutrientes para manutenção da vida;
 - Instalação de equipamentos que auxiliam ou substituem a função e sistemas vitais, como hemodiálise;
 - Atendimento por equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistente social etc);
 - Realização de exames de imagem, eventualmente com administração de contraste radiológico e/ou anestesia geral;
 - Sedação, inclusive com uso de anestésicos, dentre outros.
2. Está ciente que os procedimentos acima descritos, apesar de ser realizado por profissionais qualificados, podem acarretar riscos ou complicações, tais como: infecções, sangramentos, lesões viscerais, mucosas e cutâneas, alterações do estado de consciência e coma, necessidade de transfusões de sangue e/ou derivados, parada cardiorrespiratória, perda ou piora da função orgânica.
3. Recebeu informações de forma clara sobre o procedimento ora autorizado quanto a finalidade, benefícios, riscos, efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo, tendo esclarecido as suas dúvidas.
4. Está ciente e compreende todas as informações contidas nesse documento e NÃO autoriza os seguintes procedimentos abaixo descritos:
 - a) _____



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA

Av. Vicente Ferreira, 828 - CEP: 17515-900 – Marília / SP - CNPJ: 52.049.244/0001-62

Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559

site: www.santacasamarilia.com.br

TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”

INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

(Resolução CMF n. 1.931/2009 - Código de Ética Médica)

- b) _____
c) _____

5. Autoriza a equipe assistencial da Unidade de Terapia Intensiva e os médicos responsáveis a realizarem procedimentos necessários para gerenciar as situações imprevistas ou emergenciais.
6. Está ciente que a equipe da UTI e o médico responsável pela internação convocarão a família quando a situação clínica do paciente não mais se beneficiar dos procedimentos e cuidados intensivos para iniciar medidas paliativas de suporte de vida.
7. Está ciente que poderá revogar o consentimento prestado a qualquer momento antes que o referido procedimento seja realizado.
8. Autoriza o envio de cópia do prontuário quando por solicitação de autoridades.

Concorda com o tratamento acima proposto, e atesta que recebeu neste momento uma cópia e possui pleno conhecimento de todo o teor do presente termo.

Marília, _____ de _____ de 20 ____.

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal (grau de parentesco): _____

Nome do Médico da UTI: _____

CRM: _____

Assinatura do Médico da UTI: _____