|  |  |
| --- | --- |
| TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  Serviço de Neurologia  Eu, abaixo assinado, autorizo o(a) Dr(a).      , equipe médica e assistentes, no Hospital de Clinicas de Porto Alegre, realizarem o procedimento proposto      , como forma de tratamento para      . O(a) médico(a) explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos do procedimento, incluindo a evolução esperada após o tratamento. Foi-me dada oportunidade de fazer perguntas e todas elas foram respondidas completa e satisfatoriamente.  Sei que este procedimento médico não é isento de riscos, já que além daquelas complicações possíveis durante o tratamento existem outras que podem ocorrer de maneira imediata ou tardia.  Os possíveis riscos associados a este procedimento foram esclarecidos e são os seguintes:   1. Complicações ou dificuldades técnicas durante o procedimento que impeçam a realização do mesmo. 2. Suspensão do procedimento por impossibilidade da realização por condições técnicas ou clínicas surgidas imediatamente antes do seu início. 3. Complicações hemorrágicas durante ou nas primeiras 36 horas após o tratamento, podendo ocorrer nas fezes, urina, boca ou até no cérebro. A chance de hemorragia grave é de aproximadamente 5%. 4. Reação alérgica relacionada ao tratamento, que apesar de rara pode levar algumas vezes à necessidade de intubação para auxiliar na respiração. 5. Piora das seqüelas do AVC e risco de morte em decorrência de complicação, sobre a qual não se obteve controle com medidas clínicas e cirúrgicas disponíveis no hospital. Os estudos demonstram que as pessoas que recebem este tratamento não tem um risco de morte maior do que as pessoas que não o recebem. 6. Outros riscos (especificar)      .   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 a opção de não realizar o tratamento.  Reconheço que durante o procedimento médico ou no período seguinte, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento**,** incluindo transfusão de sangue e hemoderivados. Assim sendo, 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 fluido ou tecido removido durante o procedimento seja encaminhado para exames complementares, como parte dos procedimentos necessários para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.  Autorizo igualmente que imagens do procedimento e de exames complementares, 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) do paciente ou responsável:    Assinatura do 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 Neurologia** | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED-468FE – gráfica hcpa – mar23**