

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA INSTITUIR CUIDADOS PALIATIVOS

Definição: Segundo a Organização Mundial de Saúde: "cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais."

Por este instrumento particular o (a) paciente _____

RG _____ CPF _____

domiciliado na Rua _____ Bairro:

_____, na cidade de _____

telefones _____, ou seu responsável

Sr(a) _____ na

qualidade de (grau de parentesco) _____

RG _____ CPF _____

domiciliado na Rua _____, Bairro:

_____, na cidade de _____

telefones _____, declara, para todos os fins legais,

especialmente do disposto nos arts. 22º, 31º e 34º do Código de Ética Médica e nos arts. 9º e

39, VI, da Lei 8.078/90 (abaixo descritos):

1. Em razão do diagnóstico de _____

fui esclarecido(a) que instituir Cuidados Paliativos oferece uma estrutura assistencial especialmente destinada aos pacientes que se encontram em situações clínicas irreversíveis e terminais, e sobre a possibilidade de definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade, nos termos do artigo 1º, da Resolução CFM nº 1.995/2012, ou poderá designar um representante para tal fim, nos termos do § 1º, do artigo 2º, da mesma norma.

2. Estou ciente que ao instituir Cuidados Paliativos o paciente receberá cuidados clínicos integrado aos aspectos psicológicos, sociais e espirituais. Neste tipo de assistência não há suporte de Terapia Intensiva, nem a realização de procedimentos invasivos e tratamentos, que sejam desnecessários, sob a ótica médica, no estágio em que se encontra a doença.

3. Fui esclarecido(a) que a assistência ocorrerá de forma coordenada e por uma equipe multidisciplinar, composta de médicos, enfermeiros, psicólogo ou assistente social, além de outros profissionais, que sejam importantes para a promoção do conforto, alívio da dor e qualidade de vida do paciente. Toda conduta será guiada por avaliação acurada, identificação precoce e tratamento impecável da dor e outras situações de natureza física, psicossocial e espiritual.

4. Confirmando que recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e, igualmente, fui informado (a) sobre os riscos e benefícios de não realizar nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s), bem como, que será respeitada a autonomia e desejo do paciente ou seu representante legal, nas decisões sobre os tratamentos, procedimentos e plano de cuidados, as quais, igualmente, serão compartilhadas com os familiares, nos termos da Resolução CFM 1.995/2012.

5. Fui esclarecido(a) e cientificado(a) que a adesão aos cuidados paliativos é voluntária e, que o paciente pode a qualquer momento sair deste modelo assistencial ou mesmo recusar um determinado tratamento ou serviço, sem que implique em prejuízo ao tratamento convencional, bastando para isso que manifeste expressamente esta decisão a equipe assistencial.

6. Foram observadas todas as orientações necessárias para o procedimento, bem como foram fornecidas as informações sobre o estado de saúde do(a) paciente, incluindo doenças, medicações as quais apresentou alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar, tendo recebido orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.

7. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas de maneira satisfatória. Li, recebi esclarecimentos e de forma compreensível pela equipe médica, incluindo o direito de revogação do consentimento dado, desde que seja feito antes do início da realização do procedimento proposto.

Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, AUTORIZO a instituição de cuidados paliativos. Afirmo ainda que o presente termo integrará o prontuário médico, na hipótese de realização do procedimento/tratamento durante a internação hospitalar.

HOSPITAL UNIMED RIBEIRAO PRETO-SP,.....de.....de 20.....

Preenchimento Obrigatório pelo Paciente ou Representante legal

Nome legível: _____

Assinatura: _____

CPF: _____ Telefones: _____

Grau de Parentesco ou vínculo: _____
 (obrigatório nos casos de representação):

Código de Ética Médica – Art. 22. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. Art. 34. É vedado ao médico deixar de informar ao

paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal. Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores.

Preenchimento Obrigatório pela Equipe Médica

Expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura e carimbo do Médico

Testemunhas:

Nome legível: _____

CPF _____

Assinatura _____

Nome legível: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Revogação: _____, ___/___/20___, às ___ horas e ___ minutos.

Paciente ou Representante Legal

Nome legível _____

CPF _____

Assinatura _____