

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) INTERNAÇÃO CLÍNICA

Este Termo de Consentimento Informado tem por objetivo informar ao paciente e/ou ao seu responsável/representante legal, quanto os principais aspectos (benefícios, riscos, efeitos colaterais, complicações e objetivos) da INTERNAÇÃO CLÍNICA, a qual o paciente será submetido, complementando as informações prestadas pelo médico assistente e pela equipe multidisciplinar do Hospital UNIMED Ribeirão Preto.

Ressalta ainda que, caso o paciente seja menor de 18 anos, portador de doença física ou mental que comprometam o entendimento, pessoa inconsciente ou severamente debilitada, a responsabilidade de autorização será do familiar responsável (pai, mãe) ou responsável legal.

### PREENCHER COM OS DADOS DO PACIENTE

Nome do paciente \_\_\_\_\_

RG e CPF: \_\_\_\_\_

Nome do médico/CRM: \_\_\_\_\_

### DECLARO QUE:

1. Após a realização de exames e cuidadosas avaliações fui informado da necessidade e indicação de internação e procedimentos médico-hospitalares em Unidade de Internação;
2. Recebi todas as informações necessárias relacionadas à referida internação, os riscos de aceita-la ou não, os seus benefícios, possíveis intercorrências, eventuais complicações e, também, possíveis alternativas de tratamento. Tudo foi devidamente esclarecido. Todas as minhas perguntas foram detalhadamente respondidas e as minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente;
3. Entendo que durante a internação, poderão ser necessários diversos procedimentos invasivos para que o tratamento seja adequadamente realizado. Estes procedimentos incluem: instalação de equipamentos de monitorização (cardiorrespiratória, hemodinâmica, entre outras), acesso venoso por veias periféricas e/ou centrais (profundas), acessos arteriais, punção líquórica, instalação de cateter vesical e/ou gastro-enteral, intubação traqueal, suporte nutricional enteral ou parenteral e, eventualmente, a contenção no leito como medida protetora;
4. Pode ser necessária a realização de exames de imagem como tomografias, ressonâncias, angiografias, cateterismos, eventualmente com a administração de contraste radiológico, assim como gastrostomia, colonoscopia e broncoscopia, dentre outros.
5. Fui esclarecido que, em decorrência de situações ainda não diagnosticadas ou de complicações emergenciais, inesperadas e não discutidas ou previstas, poderá ser necessário procedimento cirúrgico;
6. Tenho consciência que, apesar da evolução da medicina e da perícia do médico, não existe qualquer garantia de resultado do tratamento e que todo tipo de procedimento pode ter complicações inesperadas, risco de sequelas graves, incapacidade permanente e até de morte;
7. Prestei ao médico todas as informações relativas à saúde e hábitos do paciente, presentes e passadas, clínicas e cirúrgicas, inclusive as medicações em uso ou já utilizadas, e fui avisado que qualquer omissão ou informação equivocada poderá trazer graves prejuízos ou comprometer o resultado do tratamento;
8. Estou plenamente informado e satisfeito com as informações recebidas e sei que poderei esclarecer quaisquer novas dúvidas que possam surgir em qualquer fase do tratamento;

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) INTERNAÇÃO CLÍNICA

9. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento ou parte dele, que especificarei, desistindo do tratamento, desde que não haja risco de vida.

10. Ainda Declaro que o referido(a) médico(a) atendendo ao disposto nos art. 22º e 34º do Código de Ética Médica e nos art. 9º e 39º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos, e após apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, e independente de obter novos Termos de Consentimento, em caso de impossibilidade nos termos do artigo 22 do CEM a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

**LIDO, COMPREENDIDO, CIENTE E DE ACORDO COM TODO O CONTEÚDO DESTES TERMOS, AUTORIZO EXPRESSAMENTE A INTERNAÇÃO E PROCEDIMENTOS EM UNIDADE HOSPITALAR.**

### DECLARANTE:

Nome: \_\_\_\_\_ . Idade: \_\_\_\_\_

Identidade (RG): \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

( ) Paciente ( ) Responsável ou representante legal.

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente / Responsável

Ribeirão Preto (SP) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.



## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) INTERNAÇÃO CLÍNICA

### TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro para os devidos fins e efeitos que expliquei ao paciente (ou seu responsável/representante legal) de forma clara e objetiva o diagnóstico, o prognóstico os risco e objetivos da necessidade de internação hospitalar, assim como os seus benefícios e alternativas, esclarecendo suas dúvidas e deixando-o livre para decidir a respeito da internação. De acordo com o meu entendimento, o paciente (ou seu responsável/representante legal) está em perfeitas condições de compreender todo o conteúdo deste termo e de autorizar a internação hospitalar.

Ribeirão Preto (SP) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Ass. Paciente e /ou Responsável.

Nome: \_\_\_\_\_  
RG/CPF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ass. Médico Assistente

Nome: \_\_\_\_\_  
CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ass. Testemunha

Nome: \_\_\_\_\_  
RG /CPF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ass. Testemunha

Nome: \_\_\_\_\_  
CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

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 entre as partes.

