

Por este instrumento, eu _____
_____ (nome legível, completo e por extenso do paciente ou responsável)
_____/_____, declaro que:
(identidade nº / órgão)

1º) Estou ciente de que a internação no UTI (Unidade de Tratamento Intensivo Adulto / Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico / Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal) justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais intensivos;

2º) Estou ciente de que podem ser necessários procedimentos habitualmente realizados em CTI tais como:

- Monitorização dos sinais vitais (pressões, temperatura, frequência respiratória, função cardíaca e respiratória, saturação de oxigênio e outros gases);
- Instalação de equipamentos de suporte da função respiratória que auxiliam a respiração (máscaras e tubos na traqueia ligados a aparelhos ou a fontes de gases);
- Procedimentos invasivos, como colocação de catéteres ou sondas em vasos sanguíneos, no aparelho urinário, no sistema nervoso central, no tórax ou no abdômen, ou outras intervenções cirúrgicas emergenciais;
- Medicamentos e nutrientes para a manutenção do estado nutricional e metabólico;
- Atendimento por equipe multiprofissional (médicos e enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistente social etc);
- Instalação de equipamentos que auxiliam ou substituem a função dos rins (diálise);
- Realização de exames de imagem, eventualmente com administração de contraste radiológico e/ou com anestesia geral;
- Sedação;

3º) Estou ciente de que, nos exames e/ou procedimentos acima especificados, poderão ocorrer transtornos ou complicações inerentes aos mesmos, durante e após a intervenção, como os seguintes: infecções; sangramentos; lesões viscerais, mucosas e cutâneas; alterações do estado de consciência e coma; necessidade de transfusão de sangue e/ou derivados, parada cardio-respiratória; perda ou piora da função orgânica; reações alérgicas e outros dentro do estabelecido na literatura médica mundial;

4º) Estou ciente de que, para realizar os procedimentos acima especificados, poderá ser necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista;

5º) Por livre iniciativa, autorizo a equipe assistencial do Centro de Tratamento Intensivo do São Bernardo Apart Hospital (Unidade de Tratamento Intensivo Adulto / Unidade Tratamento Intensivo Pediátrico / Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal) e aos médicos responsáveis, a realizarem os procedimentos na forma como foi exposto no presente termo, assim como os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis ou emergenciais;

Permito que esta equipe utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no São Bernardo Apart Hospital .

Colatina, _____ de _____ de 20____. _____
(Assinatura do paciente/ ou familiar)

Testemunho que este documento foi assinado pela pessoa acima identificada:

1) _____
[assinatura] [nº do documento de identidade]

_____ [nome completo e legível] _____ [endereço]

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou seu (seus) responsável(eis), o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o tratamento (s)/procedimento(s) acima descritos.

Data: ____/____/____ _____
Assinatura do médico – CRMES