

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO NA HEMODINÂMICA

Dr. Augusto César S. Sorage
Diretor Técnico Médico do Hospital
Unimed Costa do Sol
CRM - RJ 5254777-7

Unimed 
Costa do Sol

Hospital Unimed Costa do Sol
www.unimed.coop.br/costadosol
Estr. Heroína Lima Vieira Azevedo, 73
27933-270 Centro, Glória, Macaé - RJ
T.(22) 2105-8008

IDENTIFICAÇÃO

PACIENTE: _____

NOME SOCIAL: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

MÉDICO: _____

PROCEDIMENTO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO | PREENCHIDO PELO () PACIENTE OU () RESPONSÁVEL

Eu, _____ RG n°: _____ CPF: _____

autorizo a Unidade Hemodinâmica do Hospital Unimed Costa do Sol, através do seu corpo clínico, a realizar os exames e tratamentos necessários, a praticar qualquer cirurgia (s), anestesia, transfusão de sangue, procedimentos invasivos (inclusive punções) e a efetuar tratamentos medicamentosos, ainda a transferência para outro hospital, desde que os médicos julguem necessários, bem como proceder à necrópsia. No caso de transfusão, comprometo-me a providenciar o sangue necessário. A proposta do procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais (Pseudoaneurisma, fístulas arterio-venosas, hematoma local, hematoma retro-peritoneal, AVC, IAM, embolizações distais, etc.), e alternativas, me foram explicadas claramente. Assim como me foi concedida a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

O presente termo de Compromisso dispõe sobre direitos e deveres do paciente, do profissional de saúde e do Hospital Unimed Costa do Sol. I - DO RECONHECIMENTO E SALVAGUARDA DOS DIREITOS E DEVERES:

O paciente será tratado por meios adequados e disponíveis, devendo a relação mútua entre profissionais de saúde e paciente ser baseada na dignidade e no respeito.

O profissional da saúde tem garantia a sua autonomia ao indicar o procedimento adequado ao paciente observadas as práticas reconhecidamente aceitas.

O médico informará ao paciente, de forma clara e em linguagem acessível, sobre o seu estado de saúde, diagnóstico, tratamento e evolução provável da sua doença.

Quando ocorrer discondância quanto à aplicação dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, esta deverá ser registrada no prontuário do paciente. O paciente tem direito de revogar o seu consentimento a qualquer tempo, por decisão livre, consciente e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais ou legais.

No caso de revogação do consentimento, o paciente se manifestará por escrito, devendo este documento ser arquivado no respectivo prontuário. Quando o paciente se recusar a aceitar os métodos diagnósticos e terapêuticos propostos e deixar o hospital, cessará a responsabilidade do médico quanto as consequências decorrentes desta recusa.

No caso de se tornar incapaz de tomar decisões sobre sua saúde, o paciente apresenta como seu **REPRESENTANTE**

INDICADO

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO NA HEMODINÂMICA

Dr. Augusto César S. Sorage
Diretor Técnico Médico do Hospital
Unimed Costa do Sol
CRM - RJ 5254777-7

Unimed 
Costa do Sol

Hospital Unimed Costa do Sol
www.unimed.coop.br/costadosol
Estr. Heroína Lima Vieira Azevedo, 73
27933-270 Centro, Glória, Macaé - RJ
T. (22) 2105-8008

REPRESENTANTE INDICADO:

Nome: _____ RG: _____

O REPRESENTANTE INDICADO será pessoa a quem o paciente confiará a tomada de decisões, podendo ser parente ou não. Cabe ao paciente a incumbência de notificar ao seu representante indicado.

Em caso de iminente risco de vida ou iminente perda de qualidade de vida, encontrando-se o paciente incapacitado de tomar decisões o médico estará autorizado a adotar condutas, até que o Representante indicado possa se manifestar.

O paciente tem garantida e respeitada a confidencialidade sobre seus dados pessoais e clínicos, podendo ser revelados apenas com sua autorização, salvo em casos de imposição legal.

Após alta médica, o paciente deverá deixar as dependências do Hospital Unimed Costa do Sol no prazo de até 12 (doze) horas, após as quais serão adotadas as medidas legais cabíveis.

No caso de óbito, o corpo deverá ser retirado pela família dentro de 12 (doze) horas, passado este prazo, o enterroamento será procedido pela Unidade, na categoria indigente.

O paciente e os profissionais da saúde da Unimed Costa do Sol poderão recorrer à Comissão de Ética Médica e Ouvidoria para esclarecer questões sugeridas em decorrência da prestação das ações e dos serviços de atenção à saúde.

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens referidos e que me foi dado a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

PREENCHIDO PELO () PACIENTE OU () RESPONSÁVEL

Macaé/RJ, ____/____/____

NOME LEGÍVEL:

ASSINATURA: