

Etiqueta de identificação do paciente	Preencher quando não houver etiqueta
	Nome Completo: _____ _____
	Data de Nascimento: __/__/__ Prontuário: _____
	Convênio: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

CONSIDERANDO:

I – A dignidade da pessoa humana como princípio fundamental da República Federativa do Brasil (art. 1º, III, da Constituição Federal) e sendo inviolável o direito à liberdade (art. 5º da Constituição Federal);

II – As disposições sobre os princípios fundamentais previstas no Código de Ética Médico (Resolução nº 2.217/2018 do Conselho Federal de Medicina);

III – As disposições sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes dispostas na Resolução nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina, especialmente no que tange a tomada de decisões, pela equipe médica, quanto aos cuidados e tratamentos de pacientes com a presente expressa declaração de vontade;

IV – O conceito de “cuidados paliativos” definido pela Organização Mundial da 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 ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.”¹ e os termos preconizados no Manual de Cuidados Paliativos², lançado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos;

V – Os cuidados paliativos têm ênfase no alívio de sofrimento, dor e todo o sintoma que possa causar desconforto, objetivando a preservação da dignidade e integridade do(a) paciente, bem como promover o maior bem-estar e qualidade de vida possível;

VI – Os cuidados paliativos não interferem na continuidade da prestação de todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam o paciente ao sofrimento, sendo assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar;

VII – A disponibilidade de equipe multiprofissional destinada a cuidados paliativos no Hospital do Círculo;

VIII – O dever do fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou à segurança informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade (art. 9ª da Lei nº 8.078/90);

IX – As disposições do Código de Ética Médica, especialmente acerca dos deveres dos médicos previstos nos arts. 22, 24, 31 e 34, que compreendem: obter consentimento do paciente ou do seu representante legal, salvo em caso de risco iminente de morte; garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo; respeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte; e informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal; e

X – A lucidez e a capacidade cognitiva do(a) paciente/representante legal ou familiar que firma o presente termo.

Eu, _____, na qualidade de ()
paciente () responsável³ - grau de parentesco _____, data de nascimento ____/____/_____,
inscrito(a) no CPF nº _____, **DECLARO** ter sido devidamente informado(a), em linguagem clara,
objetiva e compreensível, pela equipe médica do Hospital do Círculo, que:

I – A análise dos exames e quadro clínico revela o diagnóstico definitivo de _____ CID _____;

II – Através dos conhecimentos científicos atuais, há irreversibilidade da condição terapêutica e a ausência de terapias reversivas;

III – Eu compreendo que as modalidades terapêuticas adequadas são: _____;

III – Autorizo a retirada ou a não introdução de tratamento(s) que tenha(m) objetivo a manutenção da vida de maneira artificial ou reanimação, tais como: hemodiálise e ventilação mecânica;

IV – Estou ciente dos riscos envolvidos, dentre eles: _____;

V – Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas à inserção de cuidados paliativos, após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura, e opto por consignar que:

Caxias do Sul, _____ de _____ de _____.

Etiqueta de identificação do paciente	Preencher quando não houver etiqueta
	Nome Completo: _____ _____
	Data de Nascimento: __/__/__ Prontuário: _____
	Convênio: _____

Assinatura do paciente/responsável

Preenchimento médico:

Eu, Dr(a) _____ CRM _____ **DECLARO** que expliquei ao Sr(a) _____, de forma clara e objetiva, todo o(s) procedimento(s) a que o(a) paciente acima referido(a) está sujeito(a) para exercício dos cuidados paliativos, bem como sobre os benefícios, riscos mais frequentes e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas. De acordo com o meu entendimento, o(a) paciente e/ou seu(sua) responsável firmatário(a), está lúcido(a), orientado(a) e tem condições de compreender o que lhes foi informado.

Caxias do Sul, _____ de _____ de _____.

Assinatura, carimbo do(a) médico(a) e CRM

Anuentes:

Nome: _____
CPF: _____

Nome: _____
CPF: _____