

Caso não tenha etiqueta, preencher com os dados do paciente	
I.H:	Data Internação:
Nome:	
Idade: anos, mês(es) e dia(as)	Sexo:
Quarto - Leito:	Dt. nasc:

TERMO DE DECISÕES POR ANTECIPAÇÃO

A Associação do Sanatório Sírio - Hospital do Coração tem, por princípio, solicitar aos pacientes que são encaminhados ao Hospital, algumas decisões antecipadas sobre situações básicas de tratamento. Por esse motivo estamos solicitando a sua anuência nos termos que seguem:

1. CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO/DIAGNÓSTICO

Todo e qualquer tratamento, em regime hospitalar ou ambulatorial, será sempre realizado sob o controle do seu médico assistente e, além disto, por ser uma instituição também dedicada ao ensino, o hospital possui profissionais em formação especializada em diversas áreas, destacando o serviço de residência médica, constituído por médicos com formação completa em clínica médica ou cirurgia geral, estando aptos a participar do seu atendimento.

O médico assistente, a seu critério, poderá indicar e/ou realizar procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos, bem como solicitar exames radiológicos, laboratoriais, prescrever medicamentos e indicar outros meios de tratamento e investigação que se fizerem necessários. Além deste documento, um consentimento específico, para procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos especiais, poderá ser necessário.

2. RECUSA DE TRATAMENTO

O paciente e/ou o seu responsável tem todo o direito de recusar, em parte ou em todo, o tratamento proposto, ou algum dos procedimentos de investigação solicitados, desde que tal decisão seja feita por meio de formulário específico a ser preenchido.

3. NOMEAÇÃO TEMPORÁRIA DE REPRESENTANTE LEGAL DO PACIENTE

4. TRANSFUSÃO DE SANGUE E/OU COMPONENTES

O(s) médicos assistente(s) poderá(ão), a seu critério, indicar transfusões de sangue ou de seus componentes como parte do tratamento. Apesar dos rígidos controles e testagens é possível, excepcionalmente, ocorrer reações e efeitos colaterais.

5. RISCO DE INFECÇÃO

Todo o indivíduo que é hospitalizado, ou submetido a procedimento invasivo, tem um risco de desenvolver infecção. O processo infeccioso pode ser causado tanto por germes próprios de indivíduo quanto do contexto hospitalar. O risco varia de acordo com a susceptibilidade de cada indivíduo (idade, patologia, doenças prévias, resistência imunológica...) e com tipo de tratamento ao qual será submetido.

O Hospital do Coração dispõe de um serviço de Prevenção e Controle de Infecções que, além de atender às legislações vigentes, segue recomendações internacionais do CDC (Center for Disease Control and Prevention). Em que pese todos os cuidados e os recursos tecnológicos disponíveis, no atual estágio do conhecimento científico, não há garantias absolutas de que não ocorrerão eventos envolvendo processos infecciosos.

6. CONSENTIMENTO EM CASO DE ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO

Caso ocorra acidente expondo profissionais da saúde a material biológico do(a) paciente, a Instituição tem o dever legal de coletar exames laboratoriais (do(a) paciente) necessários para definir o tratamento do profissional. O custo desses exames será de responsabilidade da Instituição. O médico responsável pelo(a) paciente será informado e terá acesso aos resultados dos exames realizados.

Declaro que estou ciente e aceito as condições acima enumeradas, desde que fique assegurado que posso mudar minha opinião, a qualquer momento, após notificar ao meu médico(a) assistente, responsável pelo pedido de atendimento hospitalar e/ou ambulatorial, bem como declaro que neste ato recebi uma via da política de Direitos dos Pacientes da HCOR.

São Paulo, 5 de Fevereiro de 2019

nome legível do(a) paciente

assinatura do(a) paciente

nome legível do(a) responsável

assinatura do(a) responsável

Testemunha:

(A testemunha confirma que a assinatura é do paciente/responsável)

Assinatura e carimbo