



(preencher quando não houver etiqueta)

Nome: _____
Idade: _____ anos: _____ meses
IH: _____ Leito: _____

Termo de Esclarecimento, Ciência e Recusa para Cuidados Clínicos da Equipe Assistencial

1. Tive acesso a política de direitos e deveres do paciente e familiares do Hcor.

a) De acordo com o item VI dos direitos do paciente e/ou responsáveis, a proposta de procedimento e tratamento a que serei submetido (a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas foram claramente explicadas.

b) De acordo com o item IV dos deveres do paciente e/ou seus responsáveis, o paciente e seus acompanhantes devem seguir as instruções recomendadas pela equipe multiprofissional que o assiste, sendo responsável pelas consequências de sua recusa.

2. Recebi as orientações sobre: _____

3. Recebi alguma documentação referente ao cuidado proposto:

☐ Sim ☐ Não Qual: _____

Tais orientações tem o objetivo de prevenir complicações em relação ao tratamento proposto e reforçar a importância da adesão às orientações estando ciente de que o não cumprimento ou recusa em segui-las pode me expor a riscos, comprometendo ou agravando minha condição clínica.

EM CASO DE RECUSA

4. ☐ Declaro neste ato a recusa dos cuidados clínicos a que fui orientado (a), mesmo tendo sido informado (a) e compreendido a importância dos mesmos. Assumo expressamente as responsabilidades decorrentes da recusa e isento o Hospital e a equipe assistencial de toda e qualquer responsabilidade em decorrência da minha recusa.

5. Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos.

☐ Paciente ☐ Responsável

Nome legível: _____

Grau de parentesco: _____ Identidade nº: _____

_____/_____/_____
Data

Assinatura do paciente/responsável

Testemunha 1: _____

Testemunha 2: _____

Nome: _____

Nome: _____

RG: _____

RG: _____

CPF: _____

CPF: _____

DEVE SER PREENCHIDO PELO PROFISSIONAL

De acordo com a política de direitos e deveres dos pacientes e familiares do HCor, expliquei de forma clara, objetiva e compreensível todas as orientações sobre os cuidados clínicos a que o paciente acima está sujeito, ao próprio paciente e/ou responsável, sobre os benefícios, riscos e complicações potenciais, tendo respondido às perguntas que me foram formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Nome: _____ Conselho/No: _____ Assinatura: _____