

Caso não tenha etiqueta, preencher com os dados do paciente:

IH : \_\_\_\_\_ Data : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome : \_\_\_\_\_

Idade : \_\_\_\_\_ ano(s) \_\_\_\_\_ meses

## 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 este 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

Em caso de impossibilidade temporária de tomar decisões, por minha livre iniciativa, delego tal competência e autorizo o Sr.(a) \_\_\_\_\_, identidade \_\_\_\_\_, a representar minha vontade para todos os fins e efeitos legais relacionados com a presente assistência médico-hospitalar.

### 4. TRANSFUSÃO DE SANGUE E/OU COMPONENTES

O(s) médico(s) assistente(s) poderá(o), 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, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
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