|  |
| --- |
|  TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO **Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi)**Eu, abaixo assinado, responsável pelo(a) usuário(a)      , autorizo o CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (CAPS i), equipe técnica e assistentes, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), a desenvolverem as atividades planejadas para o tratamento, inclusive saída a passeios, acompanhados pela equipe técnica e estagiários do CAPS i.A equipe explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos do seu trabalho e foi dada oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente.  Fui informado(a) que o que o Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência – CAPSi – do Hospital de Clínicas de Porto Alegre é um serviço de atenção diária, capacitado para realizar prioritariamente o atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Este serviço presta assistência através do atendimento individual, de grupos, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento familiar e atividades comunitárias, enfocado a integração da criança e do adolescente na família, escola, comunidade e demais serviços de rede de apoio. Estou ciente que para a realização de algumas atividades externas é necessário que a equipe avalie e indique a participação da criança e adolescente assim como os mesmos cumpram critérios estabelecidos e combinados entre equipe, usuários(as) e seus responsáveis. Fui informado(a) ainda que as atividades e os atendimentos são realizados por estagiários, residentes e equipe técnica multiprofissional que é composta por profissionais da psicologia, serviço social, educação física, terapia ocupacional, enfermagem e psiquiatriaEstou ciente que o(a) usuário(a) ao ser acolhido(a) pelo serviço inicialmente passa por um período de adaptação no qual os horários e as atividades iniciam de forma reduzida e aumentam gradativamente. Após a adaptação define-se a frequência e as atividades que o(a) usuário(a) participará no CAPS i. Fui informado(a) que estas atividades compõem o projeto terapêutico que usuários(as) e seus responsáveis devem aderir. Desta forma entendi que a participação do familiar ou responsável legal é obrigatória ao longo de todo o tratamento da criança e adolescente no CAPS i. Estou ciente que à medida que o(a) usuário(a) apresentar melhora do quadro, as atividades serão reduzidas, de acordo com cada caso, até a alta do serviço.Fui informado(a) também que em caso de impedimento de comparecer ao CAPS i deverei entrar em contato antecipadamente através dos telefones: (51) 3359 8710 / 3359 8712, a fim de avisar e justificar a ausência. Entendi que serão consideradas faltas justificadas aquelas em que apresente atestado médico, atestado escolar ou na ocorrência de eventos excepcionais (alagamentos, greves de transporte público, tempestades). A ocorrência de três faltas consecutivas do(a) usuário(a) ou cinco faltas intercaladas no mesmo mês, NÃO JUSTIFICADAS​, implicará desligamento automático do atendimento no serviço, com encaminhamento de comunicado ao Conselho Tutelar e Ministério Público sobre o abandono do tratamento. A ocorrência de situações especiais será discutida pela equipe assistente. Eventual retomada das atividades no CAPS i deverá seguir os critérios de encaminhamento, que acontece através da Atenção Básica, e dependerá da oferta de vagas disponibilizada pelo serviço. Estou ciente que as atividades poderão ser registradas em fotografia e vídeo assim como poderão ser utilizados dados e informações clínicas e demográficas para fins exclusivamente acadêmicos e científicos. Nesse sentido autorizo que as imagens e dados possam ser utilizados para os fins expostos, sendo garantido o anonimato e confidencialidade destas informações. Da mesma forma estou ciente que profissionais devidamente qualificados, nas funções de auditores, peritos médicos oficiais, avaliadores em programas de acreditação ou servidores públicos exercendo atividades regulatórias poderão ter acesso aos dados do prontuário, mantendo o compromisso de sigilo destas informações.**CONCLUSÃO**Diante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta neste documento e ciente de que a obrigação da equipe é utilizar todos os meios conhecidos e disponíveis, no local onde se realiza o trabalho, na busca da saúde do paciente e de sua inserção no território para seu adequado desenvolvimento psicossocial. Estou ciente das regras do CAPS i e concordo em respeitá-las, cuidando para que a criança e adolescente também as respeitem. Certifico que este formulário me foi explicado, que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo. Data:      /     /      Nome (em letra de forma) do(a) usuário(a) ou responsável:      Assinatura do responsável: ­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Grau de parentesco do responsável:      Assinatura do responsável pela aplicação do termo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.** **O médico deverá registrar a obtenção deste consentimento no Prontuário do Paciente, no item evolução.**  |
| **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDOCentro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPS i)** | Nome do Paciente:      Nº do Registro:       |

**MED-438FE – 292380 – gráfica hcpa – mai23**