|  |  |
| --- | --- |
| TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  Sedação  Eu, abaixo assinado, autorizo o(a) Dr(a).      , equipe médica e assistentes, no Hospital de Clinicas de Porto Alegre, a realizarem o procedimento anestésico proposto - sedação para exame oftalmológico - que será realizada como forma de diagnóstico/tratamento para o quadro clínico do(a) menor sob minha responsabilidade. O(A) médico(a) explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos do procedimento e me foi dada oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente.  Sei que este procedimento médico não é isento de riscos, já que além daquelas complicações possíveis durante a cirurgia existem outras que podem ocorrer no pós-operatório imediato ou tardio.  Reconheço que durante o ato de sedação ou no período pós-sedação novas condições possam requerer condutas diferentes ou adicionais em relação aquela anteriormente descrita neste consentimento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados. Assim sendo, autorizo a equipe médica a executar esses e outros procedimentos que sejam considerados necessários e desejáveis. Esta autorização estende-se a todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento da equipe médica até o momento em que a sedação for iniciada.  Autorizo igualmente que imagens do procedimento e de exames complementares possam ser utilizadas para fins científicos, como apresentação de casos a acadêmicos ou residentes e apresentações em eventos médicos, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. 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.  Declaro que prestei todas as informações relativas à condição clínica do(a) menor sob minha responsabilidade, atuais e passadas, as experiências ou complicações com a sedação, minhas e de familiares, bem como medicações em uso e alergias. Estou ciente de que qualquer omissão de minha parte poderá trazer prejuízos e/ou comprometer o resultado do procedimento.  Estou ciente que o tratamento não se limita ao procedimento previsto, sendo que deverei retornar ao consultório/hospital nos dias determinados pela equipe médica, bem como informá-la imediatamente sobre possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir.  **CONCLUSÃO**  Diante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta neste documento e ciente de que a obrigação do médico é utilizar todos os meios conhecidos na medicina, e disponíveis no local onde se realiza o tratamento, na busca da saúde do paciente. Fico ciente que eventuais resultados adversos podem ocorrer mesmo com os melhores cuidados técnicos aplicados. Assim, decidi conjuntamente com a equipe médica que o tratamento proposto acima é a melhor indicação neste momento para o quadro clínico do(a) menor sob minha responsabilidade.  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 paciente ou responsável:    Assinatura do paciente ou responsável:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Grau de parentesco do responsável:           Assinatura e CRM do médico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **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. | |
| POA 11 PB  **TERMO DE CONSENTIMENTO  LIVRE E ESCLARECIDO**  **Serviço de Oftalmologia**  **SEDAÇÃO** | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED-474FE – gráfica hcpa – jan23**