|  |  |
| --- | --- |
| **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  Terapia de Laser de Baixa Potência  Eu, abaixo assinado, autorizo a equipe de Prevenção e Tratamento de Feridas, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, a realizar a Terapia de Laser de Baixa Potência (TLBP), como forma de tratamento para      .  .  A(o) enfermeira(o) explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos do procedimento e foi dada a oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente.  Estou ciente de que a aplicação da TLBP possui diversas indicações, como regenerar tecidos, diminuir inflamação, prevenir novas lesões, aumentar a imunidade local e sistêmica, controlar a inflamação e a dor local, acelerar a cicatrização. Outra indicação da TLBP é para o controle e diminuição do edema e tratamento da infecção da lesão por meio do uso da terapia fotodinâmica (PDT), a qual consiste na aplicação da luz do laser associado à solução de azul de metileno.  Fui orientado(a) sobre os possíveis riscos ou desconfortos desta terapia, incluindo sensação de calor no local de aplicação de acordo com a cor da pele e a coloração azulada na pele/lesão quando for utilizado azul de metileno para a terapia PDT. Estou ciente que outras complicações podem acontecer neste procedimento, mas estes são os riscos mais comuns.  Reconheço que o grau do efeito de melhora não pode ser previsto ou garantido pelo profissional. A persistência da lesão pode necessitar várias sessões para que ocorra melhora ou resolução, considerando que cada paciente pode ter uma resposta de intensidade diferente à terapia.  Estou ciente que o tratamento pode não se limitar ao procedimento previsto, sendo que deverei cooperar com a equipe de enfermagem responsável pela terapia, aceitando e observando as recomendações que me forem dadas oralmente ou por escrito. Estou ciente também que deverei retornar ao hospital nos dias determinados pela equipe e que a regularidade das sessões é fundamental para o sucesso da terapia.  Concordo que a evolução do tratamento seja documentada, no meu prontuário eletrônico, por meio de imagens das lesões a fim de identificar os efeitos da TLBP. Autorizo ainda que estas imagens possam ser utilizadas para fins acadêmicos, incluindo comunicações de casos a estudantes ou residentes e apresentações em eventos científicos, sendo garantido meu 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 meu prontuário, mantendo o compromisso de sigilo destas informações.  Reconheço que deverei informar à equipe de enfermagem, 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 o dever da equipe de enfermagem e assistentes é utilizar todos os meios conhecidos e disponíveis no local onde se realiza o tratamento,  na busca do melhor atendimento à saúde do paciente. Estou igualmente esclarecido(a) que eventuais riscos e desconfortos podem ocorrer, mesmo com os melhores cuidados técnicos aplicados. Assim, decidi conjuntamente com a equipe assistente que a terapia proposta é a melhor indicação neste momento para o meu quadro clínico.  Certifico este Termo 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 COREN da(o) enfermeira(o): | |
| POA 11 PB  **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  Terapia de Laser de Baixa Potência (TLBP) – Adulto  Procedimentos de Enfermagem | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**ENF- 339FE– gráfica hcpa – nov22**