



A Beneficência
Portuguesa
de São Paulo

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome _____

Data de nascimento ____/____/____

Quarto/leito _____ N.A. _____

Data ____/____/____ Horário ____ h ____

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de risco de internação e procedimentos em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e/ou semi-intensivo

Eu, _____, portador(a) da
cédula de identidade (RG) nº _____, CPF/MF nº _____,

na qualidade de Cliente
 Responsável legal do cliente (grau de parentesco) _____,

declaro que:

- 1) Estou ciente de que a internação no CTI (Centro de Tratamento Intensivo e/ou semi-intensivo) justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médicos assistenciais intensivos.
- 2) Estou ciente de que poderão ser necessários procedimentos habitualmente realizados em CTI e/ou semi-intensivo. Os mais frequentemente utilizados estão sumariamente relacionados a seguir:
 - Monitorização (pressão, temperatura, frequência respiratória, função cardíaca e respiratória e saturação de oxigênio e outros gases);
 - Instalação de equipamentos de suporte da função respiratória que auxiliam a respiração (máscaras e tubos na traqueia ligados a aparelhos ou fontes de gases);
 - Procedimentos invasivos, como colocação de cateteres ou sondas em vasos sanguíneos, no aparelho urinário, no sistema nervoso central, no tórax ou no abdômen, ou outras intervenções cirúrgicas emergenciais;
 - Medicamentos e nutrientes para a manutenção do estado nutricional e metabólico;
 - Atendimento por equipe multiprofissional composta por (médicos e enfermeiras especialistas, fisioterapeutas, nutricionistas e outros) conforme a necessidade;
 - Instalação de equipamentos que auxiliam ou substituem a função dos rins (diálise e hemodiálise);
 - Realização de exames de imagem, eventualmente com administração de contraste radiológico e anestesia geral;
 - Sedação.
- 3) Estou ciente de que durante e após os exames e/ou procedimentos, acima especificados, poderão ocorrer transtornos ou complicações inerentes a eles, tais como: infecções; sangramentos; lesões viscerais, mucosas e cutâneas; alterações do estado de consciência e coma; necessidade de transfusão de sangue e/ou derivados, parada cardiorespiratória; perda ou piora de função orgânica; reações alérgicas e outros.
- 4) Estou ciente de que, para realizar os procedimentos acima especificados, poderá ser necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista;
- 5) Por livre iniciativa, autorizo a equipe assistencial do Centro de Tratamento Intensivo e/ou semi-intensivo do Hospital Beneficência Portuguesa e os médicos responsáveis a realizarem os procedimentos na forma como foi exposto no presente termo, assim como os procedimentos necessários para gerenciar as situações imprevisíveis ou emergenciais.
- 6) Permito, de forma voluntária, que ele(s) utilize(m) seu(s) julgamento(s) técnico(s) e escolham os meios apropriados e a seu alcance, por meio dos recursos conhecidos na atualidade pela medicina e disponíveis na Real e Benemérita Associação Portuguesa de Beneficência.



A Beneficência
Portuguesa
de São Paulo

Nome completo _____

Assinatura do cliente/responsável _____

Preenchimento Médico

Expliquei todo o procedimento e a necessidade de internação, em CTI ou semi-intensiva, ao paciente/responsável acima identificado. De acordo com o meu entendimento, o(a) paciente/responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Nome completo _____

Assinatura, carimbo e CRM _____

