	DOCUMENTOS DE GESTÃO DA QUALIDADE	Número do documento: HD-FR-740 Data de Publicação: 28.11.2023
	FORMULÁRIO DE ACEITAÇÃO DO PACIENTE E CONSENTIMENTO DE ADMISSÃO	Revisão nº:00 Data de revisão: Número de página 1 / 3

**Nome e Sobrenome:**..... **TR ID:**.....  
**Gênero/Idade:**..... **Número do protocolo:**.....  
**Tipo de chegada:**..... **Data/Hora de chegada:**.....  
**Profissão:**..... **Estado civil:**.....  
**ENDEREÇO:**.....  
.....  
.....

**Endereço de telefone:**..... **Celular:**.....  
**Telefone do familiar: (Em caso de inaccessibilidade em caso de emergência):**.....  
**Departamento onde o paciente está internado:**.....  
**Médico que interna o paciente:**.....

**Diagnóstico do Paciente:**.....


1-Estando internado sob a autoridade, observação e método do médico ....., autorizo médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde a realizarem diagnósticos e tratamentos médicos necessários e adequados pela minha doença ou condição médica. Os objetivos dos procedimentos diagnósticos e tratamentos, métodos alternativos de tratamento, possíveis riscos e complicações foram explicados e minhas dúvidas foram respondidas.

2-Eu/nós....., autorizo.....e solicito que essas práticas sejam realizadas, avalie meu reclamações, que são o motivo da minha candidatura, por minha própria vontade, sem qualquer pressão ou orientação, realizar os exames e exames necessários sem quaisquer restrições, tirar conclusões e realizar as práticas que considerem adequadas.

3- Meu médico Dr.....Eu/nós,  
Expliquei que havia uma doença relacionada à minha saúde/à saúde do nosso paciente que poderia ser expressa como ....., Em relação à minha doença, que é muito mais ampla do que as afirmações elencadas nos 15 pontos deste documento, listou o que é, suas causas, sua frequência de ocorrência, o que deve ser feito para diagnóstico e tratamento, as alternativas de tratamento e as possibilidades esperadas e inesperadas, mais ou menos perigosas, que podem surgir tanto durante o diagnóstico como durante o tratamento e informou-me/nos e perguntou-me se tinha o meu consentimento. Eu/nós entendemos, entendemos e concordamos que todas essas consequências podem ocorrer com nosso próprio consentimento e solicitação.

4-Além do que foi explicado sobre o meu estado de saúde/condição do nosso paciente na primeira aplicação e o diagnóstico planejado e práticas de tratamento, hospitais, médicos e outros profissionais médicos podem chegar a diagnósticos diferentes, e procedimentos diferentes podem ser realizados fora do pré-planejado práticas de diagnóstico e tratamento, e até mesmo por diferentes clínicas e disciplinas; Eu/nós sabemos, entendo, consinto e solicito que o tratamento do meu/nosso paciente possa continuar parcial ou totalmente em condições de terapia intensiva ou mesmo em unidade de suporte de vida, sem necessidade de aprovação separada, se for considerado necessário.

5-Sangue e hemoderivados podem ser usados como um todo ou como parte de aplicações; Compreendo e concordo, e solicito/solicitamos a sua utilização se considerarmos necessário, sei/sabemos que existe risco de doenças infecciosas que podem ser detectadas em fases iniciais ou tardias, incluindo febre, sangue e reações, choque, insuficiência renal, consequências graves devido à cessação da produção de sangue como resultado de insuficiência da medula óssea, icterícia e SIDA, no que diz respeito a esta utilização.

	DOCUMENTOS DE GESTÃO DA QUALIDADE	Número do documento: HD-FR-740 Data de Publicação: 28.11.2023
	FORMULÁRIO DE ACEITAÇÃO DO PACIENTE E CONSENTIMENTO DE ADMISSÃO	Revisão nº:00 Data de revisão: Número de página 2 / 3


6-Eu/nós sabemos que a injeção intravenosa pode ser administrada como parte ou toda a aplicação. Como resultado da aplicação, dor ao inserir a agulha e após o procedimento, hematomas no local do procedimento, agulha saindo da veia, acúmulo da droga sob a pele e nas estruturas ao redor da veia, sangue acumulado ao redor do local da agulha, sei que dor, vermelhidão e inchaço podem se desenvolver ao longo da veia como resultado de infecção, inflamação da veia ou desenvolvimento de um coágulo dentro dela, a agulha entra na artéria, o ar entra na veia e cria um tampão de ar, podendo ocorrer alergia ao medicamento administrado ou choque alérgico; Eu/nós consentimos, entendendo que esta prática envolve riscos e perigos, além de complicações gerais.

7-Eu sei que partes de órgãos ou tecidos podem ser retiradas de outra parte do corpo do meu corpo/corpo do paciente como um todo ou como parte das aplicações; ou materiais/materiais cirúrgicos estrangeiros, temporários ou permanentes, metálicos, sintéticos, etc. de fora do corpo; Eu sei/sabemos que eles podem ser infectados ou não apresentar as funções esperadas, ou podem ser rejeitados pelo corpo, podem ser infectados ou não apresentar as funções esperadas, podem precisar ser removidos novamente e cirurgias separadas podem ser necessárias. necessário para isso; Eu/nós consentimos, sabendo que essas práticas envolvem riscos e perigos, além de complicações gerais.

8-Foi-me dito/nós sabemos, eu/nós temos conhecimento, que os procedimentos a realizar podem não ser capazes de diagnosticar todas as patologias/doenças relacionadas com a minha saúde/saúde do nosso paciente, e os hospitais e médicos não garantimos a cura completa de qualquer doença ou condição patológica do nosso paciente que ainda exista ou que eu tenha conhecimento atualmente ou que não tenha conhecimento, o que me levou a solicitar esta inscrição, fui informado/fomos informados , eu/nós sabemos, estou ciente de que podem surgir novas doenças/condições patológicas e complicações que não existiam antes e que podem depender dos resultados de práticas diagnósticas ou de tratamento que possam surgir durante ou após os procedimentos.

9-Entendo e aprovo que qualquer diagnóstico ou tratamento, incluindo cirurgia, relacionado a esta aplicação poderá não ser concluído se for considerado necessário, ou poderá ser dividido em múltiplas sessões e realizado como aplicações/cirurgias separadas, ou poderá nem mesmo ser implementado.

10-Além disso, quaisquer consequências que eu/meu paciente possamos enfrentar se eu não receber tratamento/nosso paciente não receber tratamento são explicadas para mim. Em relação a cada procedimento que será realizado durante o diagnóstico e tratamento, anemia/anemia, que eu sei que é comum , micróbios/infecção incluindo meningite, coágulos sanguíneos nas veias e pulmões no local da cirurgia; Foi-me explicado de forma clara e compreensível que posso sofrer eventos como sangramento, reação alérgica, edema tecidual, crise epiléptica, disfunção temporária ou permanente de órgãos ou sistemas, falência ou morte fora do local da cirurgia. Outros riscos incluem desconforto leve, dormência na área da incisão ou cicatrizes permanentes ou deformidade da cabeça, braços ou pernas ou corpo como resultado de remoção ou adição de osso, cirurgia ou deformidade corporal, descarga de fluido cerebral do local da cirurgia ou função , dor de cabeça ou dor crônica/de longa duração, perda temporária ou permanente da voz como resultado de paralisia das cordas vocais, dor na face, sobrelhas, dentes, audição, deglutição, perda temporária ou permanente da função ocular e dos movimentos oculares, controle da micção ou defecação, ou deficiência relacionada à personalidade, ou deficiência devido a danos a tecidos ou órgãos; Sei que existem efeitos colaterais como dor e dormência a curto ou longo prazo pela necessidade de uso de medicamentos ou hormônios ao longo da vida e posicionamento durante as aplicações. E eu aceito esses riscos.

	DOCUMENTOS DE GESTÃO DA QUALIDADE	Número do documento: HD-FR-740 Data de Publicação: 28.11.2023 Revisão nº:00 Data de revisão: Número de página3 / 3
	FORMULÁRIO DE ACEITAÇÃO DO PACIENTE E CONSENTIMENTO DE ADMISSÃO	

11-Eu/nós sabemos que os procedimentos de alívio da dor com anestesia local/regional, espinhal, epidural/medula espinhal ou geral que podem ser aplicados a mim/nosso paciente durante as práticas de diagnóstico e tratamento representam um risco adicional por si só. ; Eu/nós sabemos que esses riscos incluem problemas respiratórios, reações a medicamentos, febre alta incontrolável, paralisia de qualquer parte do corpo ou nervos, danos cerebrais e morte. Eu entendo e aprovo todos esses riscos.

12-Eu/nós sabemos que dispositivos médicos como raios X, escopia, ultrassonografia, cintilografia, Tomografia computadorizada, ressonância magnética, etc. pode ser usado durante aplicações de diagnóstico e tratamento; Eu/nosso paciente posso ser exposto a raios X, radioisótopos/energia nuclear, radiação de ondas curtas e longas; Eu/nosso paciente podemos ser expostos a raios X, radioisótopos/energia nuclear, radiação de ondas curtas e longas, sabendo que essas práticas podem ter consequências imprevisíveis, incluindo supressão da medula óssea e anemia, falhas no sistema de defesa, falhas nos órgãos reprodutivos que impedem ter filhos ou o desenvolvimento de câncer mesmo depois de muito tempo, aprovo/aprovo seu uso se considerar necessário.

13- Autorizo/aprovamos e aprovo, estando ciente(s) de que tenho/temos o direito de oposição; O exame, armazenamento, uso, destruição ou produção de qualquer órgão ou tecido a ser removido de qualquer forma, ou suas imagens, ou tecidos subsequentes produzidos a partir deles, e qualquer informação obtida durante os procedimentos a serem realizados na minha saúde/na saúde de nosso paciente, para fins científicos.

14-Eu/nós lemos claramente todo este documento escrito. Como não sei ler, eles leram para mim/para nós de uma forma compreensível./Foi traduzido e explicado para mim. Foi-me dada/tivemos a oportunidade de colocar todo o tipo de questões, avaliar e tomar decisões relativamente ao meu estado de saúde/ao estado de saúde do nosso paciente, tanto durante como após o meu pedido/candidatura e durante o preenchimento deste formulário. Eles tiveram a oportunidade de fazer perguntas, avaliar e tomar decisões, inclusive se deveriam fornecer tratamento. Todos os tipos de alternativas de tratamento e diagnóstico, incluindo nenhum tratamento, e seus riscos e ameaças foram explicados e acredito que com o que está escrito neste documento e as respostas que recebi à(s) minha(s) pergunta(s), recebi informações suficientes e informações satisfatórias sobre minha saúde/saúde de nosso paciente e as práticas a serem realizadas, e eu/nós dou meu consentimento assinando este formulário por minha própria vontade, sem estar sob qualquer pressão.

#### INFORMAÇÕES PERSONALIZADAS:

.....  
.....

Nome e Sobrenome do Paciente: .....

Assinatura: .....

Data/Hora: ...../.....

Os familiares do paciente.

Nome e sobrenome : .....

Assinatura: .....

Data/Hora: ...../.....

Doutor :

Nome e sobrenome : .....

Assinatura: .....

Data/Hora: ...../.....