

TERMO DE ACOMPANHAMENTO PARA PACIENTE PSQUIÁTRICO

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome do Hospital: _____

Nome completo: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: ____ Sexo: ____ Leito: ____

Data de Admissão: ____ / ____ / ____ Hora: ____ Registro: ____

Nome do diretor médico: _____ CRM: _____

Eu, abaixo identificado, declaro que:

- a) Estou ciente de que esta INSTITUIÇÃO É CLASSIFICADA COMO HOSPITAL GERAL, portanto, plenamente capacitada a receber e assistir pacientes clínicos e cirúrgicos, inclusive com alto grau de complexidade.
- b) Fui devidamente esclarecido(a) QUE POR NÃO SE TRATAR DE INSTITUIÇÃO PSQUIÁTRICA, a estrutura desta Instituição não foi concebida para garantir a segurança de pacientes portadores de distúrbios mentais ou de comportamento.
- c) Sendo assim, assumo a responsabilidade de permanecer como acompanhante do paciente acima identificado(a), durante a internação nesta Instituição até a alta hospitalar, comunicado à enfermagem do andar, os períodos em que precisarei me ausentar e quem será o familiar/cuidador que assumirá o encargo pela continuidade do acompanhamento que ocorrerá pelo período de 24 (vinte e quatro) horas por dia, a fim de resguardar o paciente de eventuais acidentes decorrentes dos distúrbios mentais ou de comportamento.
- d) Por fim, responsabilizo-me por acompanhar o(a) paciente acima referido(a) até o retorno à sua residência ou indicar quem o(a) acompanhará por ocasião da alta hospitalar.

RESPONSÁVEL

Residente e domiciliado à _____ n° _____

complemento: _____ bairro: _____ Cidade: _____ UF _____

Telefones para contato: () - () - _____

_____, de _____ de 20____. Hora: ____ : ____

Nome legível: _____ Assinatura: _____

Grau de parentesco do paciente: _____ CPF: _____

PREENCHIMENTO DO PROFISSIONAL

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiar o conteúdo desse termo.

Nome legível e/ou n° do conselho e visto ou carimbo com n° do conselho e visto