

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO DE TRANSFERÊNCIA PARA CUIDADO EM HOSPICE

(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: _____

Declaro que:

- a) Estou ciente que Hospice é um modelo de atendimento para pacientes fora de possibilidade de tratamentos curativos que NÃO mais necessitam de internação em ambiente hospitalar de alta complexidade. Tendo por finalidade a promoção da qualidade de vida do paciente através de prevenção e alívio do sofrimento com avaliação adequada, identificação precoce e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual, respeitando a autonomia e desejo do paciente e de seus familiares.
- b) Fui informado(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao tratamento em Hospice e quanto à equipe multiprofissional que nele atua.
- c) Estou ciente que em um Hospice, não há unidade de terapia intensiva, diálise, exames ou procedimentos invasivos.
- d) Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios, e igualmente fui informado sobre os riscos e benefícios de não realizar nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s).
- e) Por livre iniciativa autorizo o tratamento e transferência para a unidade Hospice.

PACIENTE/RESPONSÁVEL

Confirmo que tive a oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, li, compreendo e concordo com tudo o que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer item, parágrafo, ou palavras com as quais não concordasse.

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

Nome legível: _____ Assinatura: _____

Grau de parentesco do responsável: _____ CPF: _____

TESTEMUNHA

Nome legível: _____ Assinatura: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiar, o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento descrito. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Nome legível, CRM e visto ou carimbo com CRM e visto