

PACIENTE:
ATENDIMENTO:
RESPONSÁVEL:
MÉDICO:
CONVÊNIO:

DT. NASC.:
DATA/HORA:
ESPECIALIDADE:
PLANO:
MATRICULA:
SEXO:

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE RECUSA OU ABANDONO DE TRATAMENTO

Definição: É quando o paciente assume a responsabilidade pela recusa a procedimentos, exames ou tratamentos recomendados, continuidade no tratamento proposto, bem como pelo descumprimento de qualquer orientação do profissional ou da equipe de saúde. Declaro que:

1. Fui devidamente informado(a) pela equipe médica deste hospital sobre o quadro clínico de _____, esclarecido acerca dos exames, dos medicamentos e dos procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos indicados para tratamento e/ou para investigação clínica, além dos riscos à saúde que poderão ser causados pela não realização das condutas médicas prescritas, conforme indicado abaixo.

2. Estou ciente da indicação médica de realização do procedimento/tratamento proposto _____ e manifesto minha livre e espontânea vontade de:

() **RECUSA LIVRE:** Optei por não o realizar e estou ciente que posso, a qualquer momento, rever minha decisão, autorizando sua realização, desde que presentes as condições clínicas indicadas.

() **ABANDONO LIVRE DE TRATAMENTO:** Optei por interromper o tratamento supra, mesmo tendo sido informado(a) que não apresento boas condições de saúde e que a melhor conduta médica recomenda a permanência do tratamento proposto nesta unidade hospitalar. Tenho ciência que posso a qualquer momento, rever minha decisão e autorizar a realização, que ora interrompo, desde que presentes as condições clínicas indicadas.

3. Estou ciente que através deste termo, isento o hospital e todos os profissionais de saúde envolvidos, direta ou indiretamente, no tratamento do paciente, de qualquer responsabilidade sobre os efeitos e causas danosas à condição clínica do paciente.

4. Li, recebi esclarecimentos e de forma compreensível pelo médico assistente e equipe, incluindo o direito de revogação do consentimento dado, desde que seja feito antes do início da realização do procedimento proposto.

Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, **NÃO AUTORIZO** a realização do procedimento/tratamento. Afirmo ainda que o presente termo integrará o prontuário médico, na hipótese de realização do procedimento/tratamento durante a internação hospitalar.

Local e data.

Preenchimento Obrigatório pelo Paciente ou Representante legal

Nome legível: _____ Assinatura: _____
CPF: _____ Telefone: _____

Grau de Parentesco ou vínculo: _____
(obrigatório nos casos de representação):

Preenchimento Obrigatório pelo Médico

Expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura e carimbo do Médico

PACIENTE:
ATENDIMENTO:
RESPONSÁVEL:
MÉDICO:
CONVÊNIO:

DT. NASC.:
DATA/HORA:
ESPECIALIDADE:
PLANO:
MATRICULA:

SEXO:

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE RECUSA OU ABANDONO DE TRATAMENTO

Testemunhas

Nome legível: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Nome legível: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Revogação: _____, ____ / ____ /20 ____, às ____ horas e ____ minutos.

Paciente ou Representante Legal