

**TERMO DE RESPONSABILIDADE E RECUSA DE CONDUTA
TERAPÊUTICA – TESTEMUNHA DE JEOVÁ**

Nome do Paciente

Nº RG: Nº Atendimento:

Obs.: COLE A ETIQUETA OU PREENCHA OS CAMPOS

Eu¹ _____, de livre e espontânea vontade e em pleno gozo de minhas faculdades mentais, bem como de condições de lucidez, **POR MOTIVOS DE ORDEM RELIGIOSA**, vêm por meio do presente **Termo de Responsabilidade e Recusa de Conduta Terapêutica**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, declarar **que NÃO ACEITO A TRANSFUSÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES**, e ainda, que:

¹Nome completo do paciente ou responsável legal

1. Que fui devidamente informado (a), em linguagem clara e objetiva pelo médico Dr. (a) _____, CRM/PR nº _____ e pela equipe de colaboradores do Hospital do Rocio, acerca do motivo do meu internamento, do meu diagnóstico inicial, do meu quadro clínico atual e dos resultados dos exames até então realizados.
2. Que fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (s) médico (s) assistente (s) acerca da minha condição de saúde, do tratamento necessário, qual seja, procedimento de **TRANSFUSÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES**, conduta que deveria ser adotada para o meu tratamento.
3. Que fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (s) médico (s) assistente dos riscos e do prognóstico e as principais complicações que podem derivar da recusa em submeter-se ao procedimento/tratamento proposto, que são _____

_____.
4. Que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas à recomendação de tratamento médico com o procedimento de transfusão de sangue.
5. Que reconheço que entendi integralmente que em consequência deste meu ato, posso apresentar danos à minha vida e à minha saúde, pelo fato de interromper o processo de tratamento.
6. Que manifesto que, apesar de ter sido esclarecido e alertado sobre os possíveis riscos e eventuais sequelas irreversíveis a que estarei sujeito pela **recusa ao tratamento de transfusão de sangue**, e usando dos direitos a que a lei me garante, **DECLARO** a minha vontade de **não autorizar a realização do tratamento terapêutico/procedimento proposto**, ou seja, de **recusar a realização de transfusão de sangue**, assumindo pessoalmente e por meus responsáveis, todas as consequências e responsabilidades decorrentes da recusa, mesmo contra a recomendação médica.

**TERMO DE RESPONSABILIDADE E RECUSA DE CONDUTA
TERAPÊUTICA – TESTEMUNHA DE JEOVÁ**

7. Que entendo que a recusa de tratamento terapêutico/procedimento proposto não constitui ato que tenha sido indicado ou praticado pela equipe médica, mas sim um ato livre e soberano da autonomia da minha única e expressa vontade, o qual realizo dentro de forma consciente e dentro das minhas plenas faculdades mentais, por motivos de ordem religiosa.
8. Que compreendo que a partir da assinatura do presente termo, isento a instituição e todos os seus colaboradores, os médicos, a direção clínica, a administração hospitalar e os profissionais de saúde da responsabilidade por quaisquer consequências adversas ou danos à minha saúde e a minha vida diretamente relacionada a esta solicitação de recusa de transfusão de sangue.
9. Que me foi concedida a opção de transferência hospitalar para rede credenciada da COLIH, que deve ser acionada pelo próprio familiar e/ou seus representantes.

Preenchimento pelo paciente e pelo responsável legal

Por ser verdade o exposto e de minha livre e espontânea vontade, firmo o presente, bem como meu representante legal.

Nome do paciente: _____

Identidade nº: _____ CPF nº: _____

Nome do responsável legal: _____

Identidade nº: _____ CPF nº: _____

Campo Largo, _____ de _____ de 20_____. Horário: _____ : _____

Assinatura do paciente

Assinatura do responsável legal

**TERMO DE RESPONSABILIDADE E RECUSA DE CONDUTA
TERAPÊUTICA – TESTEMUNHA DE JEOVÁ**

Preenchimento pelo Médico Assistente *(responsável pelo paciente)*

Declaro para todos os fins e efeitos legais, com suporte no artigo 24 do Código de Ética Médica, que expliquei todo o procedimento/tratamento ao Paciente acima identificado e/ou a seu Responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, referentes a sua recusa, tendo respondido às perguntas formuladas pelo(s) mesmo(s). Declaro, ainda, que de acordo com o meu entendimento, o Paciente e/ou Responsável, está(ão) em condições de compreender(em) o que lhe foi informado.

Nome do(a) médico: _____

CRM/PR nº _____

Campo Largo, _____ de _____ de 20_____. Horário: _____ : _____

Assinatura do médico