

**TERMO DE RESPONSABILIDADE E RECUSA DE CONDUTA
TERAPÊUTICA - ALTA A PEDIDO**

.....
Nome do Paciente

Nº RG: Nº Atendimento:

Obs.: COLE A ETIQUETA OU PREENCHA OS CAMPOS

Por meio deste, o(a) PACIENTE acima identificado(a), de livre e espontânea vontade e em pleno gozo de condições de lucidez, vem 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:

1. Que fui devidamente informado(a), em linguagem simples, direta, clara e objetiva pelo(a) médico(a) assistente abaixo qualificado(a) e pela equipe de colaboradores do Hospital do Rocio, todos os motivos 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 dos riscos e do prognóstico (evolução do tratamento e/ou resultado do procedimento cirúrgico) e as principais complicações que podem derivar da recusa em submeter-se ao procedimento/tratamento proposto, especialmente saída do ambiente hospitalar, tais como: a) Agravamento do quadro clínico e/ou da doença ora em tratamento hospitalar, com significativa redução de possibilidade de reversão e cura; b) Surgimento de variadas e imprevisíveis complicações adicionais devido à ausência abrupta de monitoramento hospitalar e acompanhamento multiprofissional; c) Surgimento de infecções virais e bacterianas pela suspensão do uso de medicamentos e higienização correta, que podem elevar drasticamente a complexidade do quadro clínico e/ou da doença; d) Parada cardiorrespiratória; e) Morte súbita;
3. Que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas à recomendação de tratamento médico e permanência em internamento no hospital.
4. Que ratifico que me foi explicado que é proibido ao médico deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo e que somente poderá fazê-lo diante de iminente risco de morte, sendo que esta condição de risco iminente de morte é conceituada de modo subjetivo, considerando que a palavra iminente é um adjetivo que qualifica qualquer situação ou fato indesejável que está para acontecer dentro de curto prazo ou em pouco tempo, ou seja, não define com exatidão quanto tempo é este.
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 diagnóstico e 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 terapêutico/procedimento proposto, 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 do tratamento terapêutico/procedimento proposto**, assumindo pessoalmente e por meus responsáveis, todas as consequências e responsabilidades decorrentes da recusa, mesmo contra a recomendação médica.



FORMULÁRIO

TERMO DE RESPONSABILIDADE E RECUSA DE CONDUTA TERAPÊUTICA - ALTA A PEDIDO

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.
 8. Que comprehendo que a partir da assinatura do presente termo, isento a instituição e todos os seus colaboradores da responsabilidade por quaisquer consequências adversas à minha saúde e a minha vida diretamente relacionada a esta solicitação de recusa de tratamento terapêutico/procedimento proposto.
 9. Que concordo que recusar o tratamento terapêutico/procedimento proposto, contra a indicação médica, desobriga os médicos que me assistiram a dar continuidade ao tratamento, bem como de emitir receita, solicitação de exames, atestados de afastamento, bem como encaminhamento para outro estabelecimento, porém fui devidamente alertado a dar continuidade ao meu tratamento o mais breve possível.

PREENCHIMENTO PELO PACIENTE

De livre e espontânea vontade, devidamente orientado(a) e esclarecido(a), declaro para todos os fins que li e compreendi todos os pontos acima do presente termo, especialmente os riscos da minha recusa terapêutica, bem como que tive a oportunidade de esclarecer com a equipe médica todos os pontos e dúvidas técnicas, mesmo assim, mantendo a minha decisão pessoal.

Nome completo legível do paciente: _____

CPF do paciente nº:

Campo Largo, _____ de _____ de 20_____.:

Assinatura do paciente

PREENCHIMENTO PELO MÉDICO ASSISTENTE

Declaro para todos os fins e efeitos legais que, nos termos da legislação aplicável e das normas vigentes do CFM, expliquei todo o procedimento/tratamento ao(à) PACIENTE acima identificado(a), especialmente os sobre os seus benefícios, riscos e alternativas. Além disso, o(a) PACIENTE foi devidamente e exaustivamente esclarecido(a) sobre todos os riscos da recusa terapêutica, no entanto, por razões de foro íntimo, mesmo assim optou por manter a sua decisão. Declaro, ainda, que de acordo com o meu entendimento, o(a) PACIENTE está lúcido(a) e orientado(a), bem como em plenas condições de compreender tudo o que lhe foi informado.

Nome do(a) médico (a): _____

CRM/PR nº

Campo Largo, _____ de _____ de 20_____.
(Handwritten date)

Assinatura do(a) médico(a)
(colocar carimbo)

**TERMO DE RESPONSABILIDADE E RECUSA DE CONDUTA
TERAPÊUTICA - ALTA A PEDIDO**