

Termo de Recusa

CONDUTAS TERAPÊUTICAS OU PROCEDIMENTOS

O **Paciente** _____ e/ou seu **Responsável**, abaixo assinado, vêm por meio do presente **Termo de Recusa de Conduta Terapêutica**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, declarar o seguinte;

Estando o **Paciente** acima qualificado internado junto a _____, o mesmo vem de livre e espontânea vontade e em pleno gozo de suas condições mentais, por si e/ou através de seu **Responsável**, recusar a conduta terapêutica e/ou procedimento proposta (s) pelo (s) médico (s) assistente (s), externando sua vontade nos seguintes termos:

1. O **Paciente** declara ter recebido todas as informações, em linguagem clara e objetiva, relacionadas à importância da sua permanência na Unidade de Emergência ou na de internação do **Hospital Unimed Criciúma** para início, manutenção ou continuidade do (s) tratamento (s) ou do procedimento (s) instituído pelo (s) médico (s) que lhe assiste (m) neste momento.
2. O **Paciente** declara ter sido informado (a) e esclarecido (a) pelo (s) médico (s) assistente (s) acerca da sua condição de saúde, do tratamento necessário, da conduta que deveria ser adotada e dos riscos e do prognóstico (evolução do tratamento e/ou resultado do procedimento cirúrgico).
3. O **Paciente** declara ter sido informado (a) e esclarecido (a) pelo (s) médico (s) atendente (s) sobre as alternativas possíveis e as principais complicações que podem derivar da sua recusa em submeter-se ao procedimento/tratamento proposto.
4. O **Paciente** declara que de acordo com a informações que lhe foram prestadas, sem vício de vontade ou de consentimento, pretende recusar o tratamento médico ou cirúrgico indicado.
5. O **Paciente** declara que reconhece que lhe foi garantida sua liberdade de escolha, ou seja, de ser submetido (a) ou não ao procedimento/tratamento médico proposto, e usando dos direitos que a Lei lhe garantem, não autoriza a realização do tratamento terapêutico/procedimento proposto (s), assumindo pessoal e individualmente todas as consequências e responsabilidades decorrentes da sua recusa.
6. O **Paciente** declara que reconhece que todas as suas dúvidas foram esclarecidas e que entende todas as implicações e riscos envolvidos (risco de morte e/ou sequelas irreversíveis) a que estará sujeito (a), bem como que entendeu todas as explicações que lhe foram prestadas e, apesar disso, decidiu desistir do tratamento proposto e retirar-se desta Unidade de Saúde.

Expresso, portanto, minha opção livre, informada e esclarecida, assumindo os riscos derivados da decisão, e recuso o tratamento médico indicado.

O **Responsável**, abaixo qualificado, declara, ainda, que mesmo após as explicações que lhes foram dadas sobre as consequências da sua recusa em permitir o tratamento terapêutico e/ou procedimento, que assume a total responsabilidade pela decisão de não iniciar ou interromper a conduta terapêutica indicada pelo(s) médico(s) assistente(s), ou a não permitir que se realize(m) o(s) procedimento(s) proposto(s) ao **Paciente**.

Criciúma, __/__/____. Hora: __:__

Paciente

Responsável

Termo de Recusa

CONDUTAS TERAPÊUTICAS OU PROCEDIMENTOS

Este espaço a seguir, deverá ser preenchido pelo Médico Assistente

Declaro para todos os fins e efeitos legais, com suporte legal na Resolução CFM nº 2.232/2019 e no *artigo 24 do Código de Ética Médica*¹², 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.

Assinatura/CRM/Carimbo do Médico responsável

¹ A autonomia do paciente deve ser respeitada, conforme consta no Código de Ética Médica (Artigo 24: "É vedado 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 nos princípios da Bioética (autonomia lúcida); no entanto, essa autodeterminação é limitada quando a decisão do paciente pode trazer-lhe risco de morte ou agravo aos que com ele convivem, como ocorre nos casos de doenças infectocontagiosas.

² Em se tratando de crianças, adolescentes ou incapazes em condição clínica de risco de morte, a alta a pedido pelos seus responsáveis requer comunicação ao juizado de menores ou ao juiz da jurisdição.