

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

CPF: _____ Identidade nº: _____ Órgão Expedidor: _____

Obs.: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

RESPONSÁVEL OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome: _____ Idade: _____

Identidade nº: _____ Órgão Expedidor: _____

Definição: Aplicada em pacientes com alterações importantes de comportamento, visando protegê-lo contra lesões e outros danos (quedas, contaminação de cateteres, feridas, retirada de dispositivos importantes para manutenção da vida, dentre outros) provocados por ele a ele mesmo ou a outros e que pode gerar assim, riscos e danos adicionais a condição clínica deste paciente e danos físicos à equipe assistencial. A contenção visa, então, preservar a integridade física e clínica do paciente e a integridade física dos profissionais de saúde. O procedimento é realizado somente na situação acima indicada e é feita sempre de forma humanizada.

1. Na qualidade de representante legal ou familiar do paciente acima qualificado, fui informado (a) que ele (a) apresenta quadro de agitação psicomotora, tendo sido indicado (a) a utilização de contenção mecânica.
2. Fui esclarecido (a) sob todas as possibilidades e alternativas para controle do quadro apresentado, origem do mesmo, pelo que concordo, que a contenção é a melhor opção para prevenir eventuais danos decorrentes da agitação tanto para o paciente, como para a equipe assistencial.
3. Fui informado (a) sobre todos os cuidados que serão tomados para prevenções de lesões ou sequelas decorrentes do procedimento, conforme protocolo existente na Instituição e diretrizes médicas.
4. Estou ciente que os riscos decorrentes da contenção mecânica são o aparecimento de equimose, trombose venosa profunda, isquemia de membros, lesão de nervos periféricos e lesão de pele.
5. Estou ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o médico a modificar as condutas.
6. Foram observadas todas as orientações necessárias para o procedimento, bem como foram fornecidas as informações sobre o estado de saúde do (a) paciente, incluindo doenças, medicações as quais apresentou alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar, tendo recebido orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.
7. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas de maneira satisfatória. Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis de acontecer neste procedimentos/tratamento, mas apenas os mais frequentes.
8. 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, **AUTORIZO** a realização de contenção mecânica. Afirmo ainda que o presente termo integrará o prontuário médico, na hipótese de realização do procedimento/tratamento durante a internação hospitalar.

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO PACIENTE OU REPRESENTANTE LEGAL

☐ Paciente ☐ Acompanhante (Representante legal)

Nome Legível: _____ CPF: _____

Grau de Parentesco (Se acompanhante): _____

Telefone: _____

Assinatura: _____

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO ENFERMEIRO

Expliquei todo 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 comparecer o que lhes foi informado.

Assinatura e carimbo do enfermeiro:

TESTEMUNHAS

Nome legível: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome legível: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Revogação: _____/_____/_____

às _____ horas e _____ minutos.

Representante Legal ou Familiar