
	TERMO DE ALTA A PEDIDO CONTRA INDICAÇÃO MÉDICA	Preencher quando não houver etiqueta	
		Paciente:	
	TERMO DE RECUSA DE TRATAMENTO e TERMO DE RESPONSABILIDADE	Convênio:	

DECISÃO AFIRMADA POR MEIO DESTES DOCUMENTOS DE RECUSA DE TRATAMENTO (marcar a que se encaixa a situação conforme o caso)
<input type="checkbox"/> TERMO DE ALTA A PEDIDO CONTRA INDICAÇÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> TERMO DE RECUSA DE TRATAMENTO, A DESPEITO DA INDICAÇÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA ALTA DE CRIANÇA OU ADOLESCENTE (< 18 anos) <input type="checkbox"/> TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA RECUSA DE TRATAMENTO EM CRIANÇA OU ADOLESCENTE (abaixo de 18 anos)
ATENÇÃO: <i>em caso de iminente risco de vida ou de risco relevante à saúde, este termo não deverá ser preenchido e o diretor técnico ou diretor clínico deverá ser comunicado para providências legais, junto às autoridades competentes (Minist. Público, Polícia, CRM, etc).</i> <i>“Art. 11. Em situações de urgência e emergência que caracterizem iminente perigo de morte, o médico deve adotar todas as medidas necessárias e reconhecidas para preservar a vida do paciente, independentemente da recusa terapêutica”⁴</i>
Revisão dos direitos e responsabilidades do paciente e do médico assistente
<p>De acordo com o Código de ética Médica todo o paciente tem direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, desde que não implique em risco de vida para o mesmo.¹ Quando a desistência de tratamento não implicar em risco iminente de morte e após ser informado pelo médico de maneira ampla, completa, acessível e isenta sobre os riscos, vantagens e desvantagens da alta solicitada, o paciente e / ou responsável legal deve ter garantido o princípio da autonomia e o direito quanto à decisão sobre sua saúde.^{2,4}</p> <p>A recusa do tratamento, alta a pedido e o termo de responsabilidade (no caso de crianças e adolescentes), representam o direito do paciente e do seu representante legal, podendo ter interferência de diversos motivos existentes que o conduza em recusar o atendimento ou procedimentos propostos após amplo esclarecimento das possíveis consequências e riscos de tal atitude.⁴ No caso de gestantes, analisar na perspectiva do binômio mãe/feto, pois a recusa não deve ser aceita quando coloca em risco a saúde de terceiros.⁴</p> <p>O exercício, por parte do paciente ou seu representante legal, deste seu direito, a partir do momento em que deixar o hospital, isenta o médico e a instituição da responsabilidade por quaisquer consequências adversas à saúde diretamente relacionadas a esta decisão. Não tipifica infração ética de qualquer natureza, inclusive omissiva, o acolhimento, pelo médico, da recusa terapêutica prestada.</p> <p>Cabe ao Médico, com apoio da equipe multiprofissional explicar em linguagem acessível ao paciente e/ou responsável legal, o seu diagnóstico, condições clínicas, possibilidades terapêuticas e as consequências da interrupção da assistência, especificando possíveis riscos e danos.</p> <p>Desistência de tratamento ou alta a pedido não se constitui em impeditivo para o paciente voltar a ser atendido na Clínica Santa Helena.</p>

1. Código de Ética Médica no capítulo V, art 31: “É vedado ao médico: Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, **salvo em caso de iminente risco de morte.**”
2. Portaria do MS/GM 1.820 de 13 de agosto de 2009, em seu artigo 4º, inciso XI: “o direito à escolha de alternativa de tratamento, quando houver, e à consideração da recusa de tratamento proposto”.
3. Parecer CREMESP nº 20589/00: “O paciente que, devidamente esclarecido e sem risco de vida iminente, assume o não cumprimento da determinação médica de permanecer sob tratamento intra-hospitalar, desobrigando o profissional de dar continuidade ao tratamento, bem como de emitir receita.”
4. Resolução CFM nº 2.232/2019

	TERMO DE ALTA A PEDIDO CONTRA INDICAÇÃO MÉDICA	Preencher quando não houver etiqueta	
		Paciente:	
	TERMO DE RECUSA DE TRATAMENTO e TERMO DE RESPONSABILIDADE	Convênio:	
	Prontuário:		Leito:

DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Declaro que li e entendi perfeitamente qual a doença ou agravo foi identificado neste caso, e que foram expostos de maneira clara e inequívoca todos os riscos que podem advir da minha decisão e que tive a oportunidade de esclarecer todas as possíveis dúvidas. Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de explicação, poderei revogar este documento, sem comprometimento do cuidado a ser prestado.

No caso de ser responsável por crianças ou adolescentes (abaixo de 18 anos incompletos), estou ciente que a instituição por determinação da lei, comunicará o Conselho Tutelar, mesmo que não exista risco iminente a vida da criança.

Nome LEGÍVEL do PACIENTE ou RESPONSÁVEL LEGAL: (escrever em letra de forma):

Nome do MENOR em caso de crianças e adolescentes:

Quem assina?

() PACIENTE () RESPONSÁVEL – Neste caso, preencher grau de parentesco e documento

RG ou CPF do paciente ou responsável legal:

Grau de parentesco no caso de responsável legal:

() esposo () pai () mãe () outro: _____

Assinatura do paciente ou responsável legal:

Aracaju _____/_____/_____

Hora: _____:_____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO QUE PRESTOU TODAS AS EXPLICAÇÕES SOBRE OS RISCOS RELACIONADOS À RECUSA OU ABANDONO DO TRATAMENTO:

SOLICITAR SEMPRE A ASSINATURA DE DUAS TESTEMUNHAS QUE ESTEJAM NO LOCAL, NAS SITUAÇÕES ONDE A RECUSA DE TRATAMENTO EXPUSER O PACIENTE A RISCO FUTURO DE MORTE:⁴

Testemunha 1: _____

Testemunha 2: _____