

Eu, _____, na condição de paciente ou de responsável legal pelo paciente, recebi, li e discuti com o a equipe do Gastro Medical Center o informativo sobre o procedimento denominado **infusão de medicamentos e/ou imunobiológicos**, autorizando a realização do mesmo.

O Gastro Medical Center é um estabelecimento privado capacitado para aplicação de terapia infusional. Ao Gastro Medical Center compete a administração de medicamentos atendendo às prescrições dos médicos assistentes. O corpo clínico é responsável pela assistência ao paciente em suas instalações, sendo composto pela equipe médica e de enfermagem.

O paciente será tratado por meios adequados e disponíveis, devendo a relação mútua entre profissionais da saúde e paciente ser baseada na dignidade e no respeito.

Por se tratar de um estabelecimento de saúde deverão ser respeitadas algumas condutas elementares como a proibição ao fumo e o respeito ao silêncio. Atendendo às exigências da vigilância sanitária não é permitido o manuseio nem consumo de alimentos dentro dos estabelecimentos de saúde, exceto em locais específicos destinados a este fim.

O profissional da saúde tem garantia a sua autonomia ao indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas. Os procedimentos terapêuticos serão executados com prévia concordância do paciente, após ter sido esclarecido, por seu médico assistente, assim como pela equipe do Gastro Medical Center quanto aos seus riscos e benefícios.

Referente aos possíveis eventos adversos decorrentes do tratamento proposto pelo médico assistente, ao Gastro Medical Center e seu Corpo Clínico competem, exclusivamente, o atendimento às possíveis intercorrências que venha surgir durante a aplicação da medicação em suas instalações. Se ocorrer discordância quanto à aplicação dos procedimentos terapêuticos, esta deverá ser registrada no prontuário do paciente.

O paciente tem direito de revogar o seu consentimento a qualquer tempo, por decisão livre, consciente esclarecida sem que lhe sejam imputadas sanções morais ou legais. No caso de revogação do consentimento, o paciente se manifestará por escrito, devendo este documento ser arquivado no respectivo prontuário. Quando o paciente se recusar a aceitar os métodos terapêuticos propostos e sair do Gastro Medical Center, cessará a responsabilidade do Gastro Medical Center e de seu Corpo Clínico quanto às consequências decorrentes desta recusa.

No caso de ser menor de idade ou se tornar incapaz de tomar decisões sobre sua saúde, o acompanhante indicado ao final da página será a pessoa a quem o paciente confiará tomada de decisões, podendo ser parente ou não. Cabe ao paciente a incumbência de notificar o seu Representante indicado.

Em casos de iminente risco de vida ou iminente risco de perda de qualidade de vida encontrando-se o paciente incapacitado de tomar decisões, o médico estará autorizado a adotar condutas até que o representante indicado possa se manifestar. O prontuário do paciente será elaborado de forma legível, completa e atualizado. O paciente tem garantia e respeitada a confidencialidade sobre seus dados pessoais e clínicos podendo ser revelados apenas com sua autorização, salvo em casos de imposição legal.

Termo de consentimento livre e esclarecido
Infusão de medicamentos e/ou imunobiológicos

Declaro que compreendi, concordei e autorizo a equipe do Gastro Medical Center a realizar a infusão de medicamento e /ou imunobiológico abaixo, solicitado por meu médico assistente.

- () Infiximabe () Adalimumabe () Outros: _____
() Vedolizumabe () Alfagalsidase
() Etanercepte () Noripurum

Declaro que entendi adequadamente todas as informações recebidas. Declaro, também, que forneci todas as informações sobre meu estado de saúde, doenças, medicações as quais sou alérgico e medicações das quais faço uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar, e que fui orientado quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.

Florianópolis, _____/_____/_____.

Nome do paciente

Assinatura

Nome do acompanhante

Assinatura