



**TERMO DE RECUSA DE TRATAMENTO
E TERMO DE RESPONSABILIDADE**
**TERMO DE ALTA A PEDIDO CONTRA
INDICAÇÃO MÉDICA**

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente:

Convênio:

Prontuário:

Leito:

DECISÃO AFIRMADA POR MEIO DESTE DOCUMENTO

(marcar a que se encaixa a situação conforme o caso)

- TERMO DE ALTA A PEDIDO CONTRA INDICAÇÃO MÉDICA
- TERMO DE RECUSA DE TRATAMENTO, A DESPEITO DA INDICAÇÃO MÉDICA
- TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA ALTA CONTRA INDICAÇÃO MÉDICA, DE CRIANÇA OU ADOLESCENTE (< 18 anos)
- TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA RECUSA DE TRATAMENTO EM CRIANÇA OU ADOLESCENTE (abaixo de 18 anos)

OBS.: EM CASO DE IMINENTE RISCO DE VIDA, ESTE TERMO NÃO DEVERÁ SER PREENCHIDO E O MÉDICO NÃO DEVERÁ ACATAR A RECUSA DO PACIENTE. O DIRETOR CLÍNICO OU DIRETOR TÉCNICO DEVERÁ SER COMUNICADO PARA PROVIDÊNCIAS LEGAIS, QUE INCLUIRÃO COMUNICAÇÃO COM MINISTÉRIO PÚBLICO E COMUNICADO AO CREMSE PARA POSSÍVEL RESOLUÇÃO COMPULSÓRIA)

“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

REVISÃO DOS DIREITOS E RESPONSABILIDADES DO PACIENTE E DO MÉDICO ASSISTENTE

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 ou para terceiros.^{1,4} 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}

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 (ex.: no caso de indicação médica de cesariana quando o feto tiver apresentado sinais de risco iminente de morte/sequelas como em bradicardias ou alterações sugestivas na cardiotocografia).***⁴

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.

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.

Desistência de tratamento ou alta a pedido não se constitui em impedimento para o paciente voltar a ser atendido no Hospital e Maternidade Santa Helena.

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”.



**TERMO DE RECUSA DE TRATAMENTO
E TERMO DE RESPONSABILIDADE**
**TERMO DE ALTA A PEDIDO CONTRA
INDICAÇÃO MÉDICA**

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente:		
Convênio:		
Prontuário:		Leito:

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

DESCREVER O TRATAMENTO/PROCEDIMENTO QUE ESTÁ SENDO RECUSADO E/OU MOTIVO DE SOLICITAÇÃO DE ALTA

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 expicação, 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 à 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 EXPLICAÇÕES SOBRE OS RISCOS

Declaro que prestei de forma clara e precisa as informações necessárias sobre os riscos envolvidos diante da recusa de tratamento ou alta sem indicação médica e entendo que o paciente está lúcido para compreender o que foi dito e teve oportunidade de esclarecer suas dúvidas.

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

Testemunha 1: _____

Testemunha 2: _____