



**HOSPITAL DAS CLÍNICAS**  
**DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**Caixa Postal, 8091 – São Paulo - Brasil**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE GERAL PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES**

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: .....

RGHC:.....RG:.....CNS: .....

II – A QUEM COMPETE

1. O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) é uma autarquia estadual de regime especial destinada ao ensino, pesquisa e assistência.
2. O HCFMUSP integra a rede do Sistema Único de Saúde - SUS, sendo uma Instituição de Alta Complexidade. Por ser um serviço terciário de referência e contra referência, os **pacientes podem ser internados em qualquer uma das unidades do HCFMUSP ou ser transferidos para outros serviços da rede SUS, conforme perfil clínico do paciente e avaliação da equipe assistencial. Ressalta-se que a transferência entre serviços oferece um melhor cuidado ao paciente e será garantida a continuidade do tratamento.**
3. Este Termo de Responsabilidade descreve os direitos e deveres do Paciente, dos Profissionais e desta Instituição.
4. O atendimento poderá ser realizado por Profissionais da Saúde, alunos de Pós-Graduação e Graduação (com a devida supervisão do responsável).

III – RELAÇÃO PACIENTE, PROFISSIONAL DA INSTITUIÇÃO E HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

1. O Paciente deverá cumprir as regras desta Instituição conforme descrito no Regulamento Institucional.
2. O Paciente será tratado por meios adequados e disponíveis no HCFMUSP.
3. A relação entre Paciente, Profissionais da Saúde e Instituição deverá ser baseada na dignidade, respeito mútuo, confiança e cooperação.
4. O Paciente deve informar adequadamente ao Profissional de Saúde todos os tratamentos anteriores, complicações e **restrições terapêuticas**, se houver.
5. O Profissional de Saúde informará ao Paciente, de forma clara e em linguagem acessível, sobre o seu estado de saúde, diagnósticos, possíveis tratamentos, evolução provável da sua doença, respectivos tratamentos e de como realizar os autocuidados de saúde necessários. O Profissional da Saúde tem garantido a sua autonomia ao indicar o procedimento adequado disponível na Instituição.
6. Os procedimentos **diagnósticos, terapêuticos e de pesquisa** serão executados após a concordância do Paciente, depois de ter sido esclarecido pelo Profissional, podendo ser apresentado



**HOSPITAL DAS CLÍNICAS**  
**DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**Caixa Postal, 8091 – São Paulo - Brasil**

por meio de Termo de Esclarecimento ou Termo de Consentimento Livre Esclarecido quanto aos seus riscos, benefícios, objetivos, preparos necessários, execução do exame, e o destino de material biológico.

**7. O Paciente tem direito de revogar o seu consentimento a qualquer tempo, por decisão livre, consciente devendo constar no prontuário do Paciente, sendo o mesmo informado sobre as consequências na sua saúde.**

8. No momento da admissão na Instituição, o Paciente poderá nomear um Representante Indicado (familiar ou não) para tomar decisões a respeito de sua saúde caso se torne incapaz de fazê-lo, podendo notificar a existência de **Diretivas Antecipadas da Vontade (Testamento Vital)**.

**REPRESENTANTE INDICADO:**

Nome:.....

Endereço: .....

Telefone:.....

Observação: No caso do Paciente encontrar-se incapacitado para tomar decisões, o Profissional da Saúde deverá adotar condutas no melhor interesse do Paciente, até que o Paciente ou Representante Indicado possa se manifestar.

**9. O prontuário do Paciente** deverá ser elaborado de forma legível, completa e atualizado. **Tem caráter confidencial, científico e legal. A guarda é de responsabilidade do HCFMUSP. O Paciente tem direito ao acesso ao seu prontuário.**

**10. O Paciente terá um prazo de 08 (oito) horas para deixar as dependências do HCFMUSP após alta médica da internação hospitalar**, podendo ser adotadas medidas legais cabíveis em caso de permanência. As exceções devem ser devidamente autorizadas.

**11. No âmbito do HCFMUSP, o Paciente e os Profissionais da Saúde do HCFMUSP poderão consultar a Ouvidoria, as Comissões de Ética, e a Comissão de Bioética** para esclarecer questões surgidas em decorrência dos serviços prestados de atenção à saúde.

São Paulo, .../.../....

**Nota: O presente termo foi lido, explicado, entendido, aceito e assinado.**

\_\_\_\_\_  
**Paciente ou Representante Indicado**

\_\_\_\_\_  
**Profissional de Saúde  
(assinatura e carimbo)**