



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)**