

HSS TRUST _____

CONSULTÓRIO DE CLÍNICA GERAL ou outro _____

Unidade Hospitalar _____

Prestador de Cuidados Primários _____

FORMULÁRIO 2

ACORDO PARENTAL PARA EXAME, TRATAMENTO OU CUIDADOS A PRESTAR A CRIANÇAS OU JOVENS

Detalhes Pessoais (ou etiqueta pré-impressa)

Apelido
Nomes próprios.....
Data de nascimento.....
 Sexo masculino Sexo feminino H+C No. (ou outra identificação).....
Requisitos especiais (língua ou outros).....

Declaração do profissional de cuidados de saúde

Profissional de cuidados de saúde responsável..... Cargo
Designação do procedimento ou tratamento proposto (incluir parte do *corpo* ou local e explicação resumida se o termo clínico não for claro)

Expliquei o procedimento. Expliquei, em particular:

As vantagens pretendidas

Riscos graves ou frequentes

Possíveis procedimentos adicionais que podem ser necessários durante o procedimento.

Transfusão sanguínea outro procedimento (especificar).....

Este procedimento envolverá: anestesia geral e/ou regional anestesia local sedação

Também abordei o que o procedimento poderá envolver, as vantagens e os riscos de quaisquer tratamentos alternativos disponíveis (incluindo nenhum tratamento), quaisquer amostras de tecido que poderão ser recolhidas e quaisquer preocupações em particular para esta criança ou os respectivos pais.

Foi disponibilizado o seguinte desdovrável/cassete.....

AssinaturaData

Nome (letra de imprensa) Cargo

Detalhes de contacto (se o doente desejar debater as opções posteriormente)

Declaração do intérprete (quando adequado)

Realizei a interpretação das informações supracitadas para a criança e os pais de acordo com as minhas competências, pelo que estou convicto que a mesmas foram por si compreendidas.

AssinaturaData

Nome (letra de imprensa).....

Cópia aceite pela criança/familiar Sim/Não (fazer um círculo)

Declaração do encarregado de educação

Leia este formulário atentamente. Se o seu tratamento tiver sido planeado com antecedência, já deverá ter a sua própria cópia, a qual descreve as vantagens e os riscos do tratamento proposto. Caso contrário, ser-lhe-á entregue uma cópia agora. Em caso de dúvida, não hesite em perguntar – estamos aqui para os ajudarmos. Tem o direito de mudar de opinião em qualquer momento, mesmo depois de assinar o formulário.

Concordo com o procedimento ou o tratamento descrito neste formulário e **confirmo** que tenho “responsabilidade parental” relativamente a esta criança.

Compreendo que não me podem garantir que o procedimento será realizado por uma pessoa em particular. No entanto, essa pessoa terá a experiência adequada.

Compreendo que teremos oportunidade de debater os detalhes relativos à anestesia com um anestesista antes do procedimento, a menos que a urgência da situação o impeça. (Aplicável apenas a crianças submetidas a anestesia geral ou regional).

Compreendo que qualquer procedimento para além dos descritos neste formulário apenas será realizado se for necessário para salvar a vida do meu filho ou impedir que a sua saúde sofra graves problemas.

Informaram-me acerca de possíveis procedimentos adicionais que podem vir a ser necessários durante o tratamento do meu filho. Indiquei abaixo todos os procedimentos **aos quais não desejo submeter o meu filho** sem antes obter mais informações.

*Concordo que estudantes de prestação de cuidados de saúde, que serão supervisionados por profissionais de cuidados de saúde, poderão observar ou prestar assistência durante os cuidados que forem prestados à criança. * É possível remover esta frase sem afectar os seus cuidados.

Formatted: Not Highlight

Formatted: Portuguese (Portugal)

AssinaturaData

Nome (letra de imprensa)..... Parentesco.....

Consentimento da criança (se desejar assinar)

Concordo em ser submetido ao tratamento que me indicaram.

AssinaturaData.....

Nome (letra de imprensa).....

Confirmação de consentimento

(a ser preenchida por um profissional de cuidados de saúde quando a criança for admitida para realização do procedimento, caso o encarregado de educação/criança tenha assinado o formulário antecipadamente).

Confirmei que a criança/encarregado de educação não têm mais dúvidas e que desejam iniciar o procedimento.

Assinatura.....Data

Nome (letra de imprensa).....Cargo

Notas importantes: (assinalar se aplicável)

Ver também a directiva /testamento de vida antecipado (p. ex., formulário de Testemunha de Jeová)

O encarregado de educação anulou o consentimento.....Data

(pedir ao encarregado de educação para assinar/datar aqui)