

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - RECUSA À ADMINISTRAÇÃO DE
VITAMINA K EM RECÉM-NASCIDO**

Eu, _____, inscrito(a) no CPF/MF sob nº _____, na qualidade de pai/mãe e/ou responsáveis legais, declaro, de forma livre, consciente e esclarecida, que **não autorizo a administração de vitamina K por via intramuscular** em meu(minha) filho(a), nascido(a) nesta instituição de saúde.

Fui devidamente informada de que a vitamina K é utilizada para a prevenção da **Doença Hemorrágica do Recém-Nascido**, condição que pode se manifestar por sangramentos importantes. Na forma precoce, os sangramentos ocorrem principalmente no trato gastrointestinal e em outros sítios; na forma tardia, há risco aumentado de hemorragias graves, especialmente no sistema nervoso central, com potencial para sequelas permanentes ou óbito.

Também fui esclarecida de que a administração da vitamina K **por via intramuscular** apresenta maior eficácia na prevenção tanto da forma precoce quanto da forma tardia da Doença Hemorrágica do Recém-Nascido, quando comparada a outras vias de administração.

Ciente dos benefícios, riscos e possíveis consequências da não realização deste procedimento, declaro que esta decisão foi tomada de maneira voluntária, sem qualquer tipo de coação, e que **assumo total responsabilidade** por eventuais intercorrências decorrentes da recusa da aplicação da vitamina K por via intramuscular.

Após explicação verbal detalhada por parte da equipe assistencial, tive a oportunidade de esclarecer dúvidas, realizar perguntas e receber as devidas respostas satisfatoriamente.

Isento esta instituição de saúde, bem como sua equipe multiprofissional, de quaisquer responsabilidades legais, éticas ou assistenciais relacionadas à recusa, assumindo eventual ônus decorrente da mesma, ciente dos riscos envolvidos e de que posso rever esta decisão a qualquer momento, solicitando a administração da vitamina K enquanto ainda houver indicação clínica.

Por estar de pleno acordo com o conteúdo acima descrito, firmo o presente termo.

Curitiba, _____ de _____ de 20____. Hora: _____:_____

Paciente ()

Responsável () Nome legível: _____

Assinatura: _____ Grau de parentesco: _____

RG OU CPF: _____

Declaro que expliquei riscos, benefícios e alternativas, e que o(a) paciente compreendeu.

Médico / Carimbo e Assinatura: _____