

Termo de consentimento livre e esclarecido para nutrição

Documento com efeito legal para a consulta nutricional. O que a pessoa consente aqui é o acompanhamento: avaliação, medidas, exames, prescrição dietética e retornos, sem promessa de resultado. Leia o aviso abaixo antes de qualquer coisa.

Antes de qualquer uso deste modelo

Este modelo é um ponto de partida, não um documento validado. Ele não foi conferido por advogado, não foi aprovado por conselho profissional e não declara conformidade com norma nenhuma. Antes de qualquer uso, o profissional precisa ler o texto inteiro, adequar à realidade do serviço dele e à norma do conselho da profissão dele, e submeter a versão final a orientação jurídica. Esta página não presta orientação jurídica.

O que este modelo não traz, de propósito: cláusula que transfira a responsabilidade do profissional para a pessoa atendida, renúncia de direito e quitação antecipada. Termo que tenta blindar quem executa além do razoável costuma cair quando é questionado, e quem fica sem proteção é justamente quem confiou nele.

Identificação

Pessoa atendida: nome completo

Data de nascimento

Documento de identidade

Telefone

Representante legal, quando houver: nome e documento

Nutricionista responsável: nome

Conselho e número de registro

Serviço ou consultório

O que a assistência nutricional envolve, em linguagem clara

Não há procedimento invasivo a consentir; há um acompanhamento a explicar. O termo diz, sem jargão, o que será feito ao longo das consultas e o que cada etapa pede da pessoa.

O que será feito: avaliação, medidas, prescrição dietética e retornos, explicados em linguagem que a pessoa entende

Medidas que serão tomadas em cada consulta, e como

Exames que podem ser solicitados ao longo do acompanhamento, em termos gerais

Frequência dos retornos prevista

Modalidade

☐ Presencial

☐ A distância

☐ As duas

O que a pessoa vai precisar fazer entre as consultas (registro alimentar, medidas em casa)

O que pode acontecer

Riscos e limites em termos gerais. Mudança de alimentação não é isenta de efeito, e o resultado depende de fatores que a consulta não controla; a folha diz isso antes, e não depois.

- ☐ Desconforto digestivo ou mudança de disposição nas primeiras semanas de uma prescrição dietética nova.
- ☐ Necessidade de ajustar a prescrição ao longo do acompanhamento, conforme a resposta e os exames.
- ☐ Interação entre alimentação, suplemento e medicamento em uso, que exige informar tudo o que a pessoa toma.
- ☐ Ausência do resultado esperado, ou resultado mais demorado que o previsto, porque nenhum resultado é garantido.

Riscos ou limites específicos desta pessoa, acrescentados pelo nutricionista

Alternativas e a opção de não fazer

Alternativas conversadas nesta consulta

O que se espera caso a pessoa opte por não iniciar ou por interromper o acompanhamento

Dados, medidas e compartilhamento

Cada autorização abaixo é separada, e a que não foi marcada não foi dada. As informações do atendimento ficam sob sigilo profissional e em prontuário, e a pessoa tem acesso ao próprio prontuário.

Autorizo o registro de fotos ou de medidas para acompanhamento, guardadas no prontuário

☐ Sim ☐ Não

Autorizo o compartilhamento do necessário com outro profissional que me acompanha, nomeado ao lado

☐ Sim ☐ Não

Profissional ou equipe com quem o dado pode ser compartilhado

Autorizo contato por mensagem para lembrete e orientação

☐ Sim ☐ Não

Canal para pedidos sobre os meus dados

Declaração da pessoa atendida

- ☐ Recebi a explicação acima em linguagem que eu entendi.
- ☐ Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas.
- ☐ Informei o que sei sobre a minha saúde, o que tomo, inclusive por conta própria, e as alergias ou intolerâncias que tenho.

- ☐ Sei que nenhum resultado me foi garantido, e que a prescrição dietética pode mudar ao longo do acompanhamento, com nova explicação.
- ☐ Sei que posso retirar este consentimento a qualquer momento, sem que isso prejudique o meu atendimento.
- ☐ Marquei acima o que autorizo sobre os meus dados, e sei que posso mudar isso.
- ☐ Recebi uma via deste documento.
- ☐ Concordo com a assistência nutricional descrita neste documento.

Dúvidas que eu quis registrar

Assinaturas

Assinatura da pessoa atendida ou do representante legal

Assinatura e carimbo do profissional

Local e data

Duas vias. Uma fica com a pessoa atendida; a outra, no prontuário.

Sobre este modelo

Modelo em branco e não validado. Este texto não foi conferido por advogado, não declara conformidade com norma nenhuma e não substitui orientação jurídica. Leia, adeque ao seu serviço e à norma do seu conselho, e submeta a versão final a quem responde juridicamente pelo seu serviço.

Modelo em branco para profissionais de saúde. Não traz conteúdo clínico preenchido, não sugere composição, volume nem via, e não substitui julgamento clínico nem a norma do conselho da sua profissão.