

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome do Hospital: _____

Nome completo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Sexo: ____ Leito: ____

Data de Admissão: ____/____/____ Hora: ____ Registro: _____

Nome do diretor médico: _____ CRM: _____

Declaro que:

- a) Fui informado(a) pelo médico abaixo identificado de que as avaliações e exames realizados revelaram alteração(ões).
- b) Recebi todas as informações necessárias sobre benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre os riscos e benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s).
- c) Compreendo que, durante o(s) exame(s) e/ou procedimento(s) de: _____

Lateralidade: Direita Esquerda Níveis e Estrutura Múltiplas Não se aplica
para tentar curar, ou melhorar a(s) supracitada(s) condição(ões), poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticadas pelo(s) exame(s) acima referido(s), assim como também poderá(ão) ocorrer situações imprevisível(eis) ou fortuita(s).

- d) Estou ciente de que, em procedimentos médicos invasivos, como citado, podem ocorrer complicações gerais, como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios entre outros.
- e) Estou ciente de que, para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s), será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos serão indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas.
- f) Autorizo o médico abaixo identificado, bem como seus assistentes e/ou outros profissionais por ele selecionados a intervir no procedimento.
- g) Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- h) Declaro que fui devidamente esclarecido quanto à eventual necessidade de transfusão de sangue, e que:
- Autorizo a realização
- Recuso a realização pelo seguinte motivo: _____

Estou ciente de que o registro de minha recusa quanto a realização de transfusão de sangue será submetida a equipe médica para a realização do procedimento proposto para reavaliação da viabilidade da conduta proposta.

PACIENTE/RESPONSÁVEL

Confirmo que tive a oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, li, compreendo e concordo com tudo o que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer item, parágrafo, ou palavras com as quais não concordasse.

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

Nome legível: _____ Assinatura: _____

Grau de parentesco do responsável: _____ CPF: _____

TESTEMUNHA

Nome legível: _____ Assinatura: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiar, o propósito, os benefícios, os riscos, e as alternativas para o tratamento descrito. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Nome legível, CRM e visto ou carimbo com CRM e visto

PREENCHIMENTO DO MÉDICO CASO HAJA RECUSA DE TRANSFUSÃO

Diante da recusa a realização de transfusão de sangue, a equipe médica decidiu:

- Declinar do caso, recomendando: _____
- Prosseguir com a realização do procedimento proposto com o uso de métodos alternativos.
- Outros: _____

Nome legível, CRM e visto ou carimbo com CRM e visto