


| | | |
|--|---|---|
|  | TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO | CÓDIGO/REVISÃO/VERSÃO FOR.001.ASS.CIR.UNI V.01 R.00 22/01/2024 |
| SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE | ÁREA: CENTRO CIRÚRGICO | PÁGINA: 1 de 1 |

Identificação do Paciente:

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

CPF: _____ RG: _____

Identificação do Responsável: *(No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal)*

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

CPF: _____ RG: _____

1. Declaro que fui informado, em linguagem clara e inteligível, pelo(a) Dr (a) _____ CRM nº _____, diante do diagnóstico (ou a suspeita diagnóstica) de _____ da indicação de realização do procedimento _____ . Autorizo a disponibilização de cópia do relatório cirúrgico ao médico citado, respeitados os critérios de confidencialidade e sigilo impostos pela legislação vigente.

2. A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados pelo médico, assim como os riscos e as complicações potenciais, especialmente: hemorragias, infecções, eventos tromboembólicos, hematomas, edemas, lesões associadas, problemas cardiológicos e/ou respiratórios, dentre outros riscos como: _____, que podem gerar necessidade de reoperações e até mesmo levar ao óbito. Tive a oportunidade de fazer perguntas e, quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, e que podem não ocorrer conforme o esperado, além dos riscos que existem em não realizar o procedimento.

3. Estou ciente que o procedimento ao qual serei submetido poderá se realizar na ocorrência de uma pandemia e/ou endemia. Isto implica em riscos de infecção no período perioperatório, mesmo diante de todos os protocolos institucionais preventivos adotados pelo hospital. Declaro que estou ciente dos riscos informados, estou de acordo com a realização do procedimento anestésico e me comprometo a cumprir as orientações e normas de segurança para minimizar o risco de contaminação.

4. Autorizo a equipe médica a realizar, em caso de necessidade ou diante de um achado inesperado, os procedimentos adicionais necessários que visem meu benefício, controle ou cura dessa ou de outra patologia, incluindo a remoção de órgãos e tecidos cirurgicamente para que seja encaminhados para análise, necessários para o esclarecimento do diagnóstico e/ou tratamento.

5. Autorizo a equipe a realizar a coleta de sangue para pesquisas de HIV ou outras doenças para casos de acidente com perfuro cortante.

6. Entendo que serei submetido a procedimento anestésico sob a responsabilidade de um médico anestesista e que os riscos existentes me foram explicados claramente pelo anestesista.

7. Estou ciente de que devo comunicar a equipe assistencial quando houver dor. Compreendi que a dor pode ocorrer no pós operatório, e que as medidas para seu controle estarão disponíveis sempre que necessário, conforme definição médica.

8. Autorizo a realização de fotos e/ou vídeos para documentação, que poderão ser utilizados com finalidades científicas, observados os critérios de confidencialidade e sigilo impostos pela legislação vigente. Sim Não

9. Concordo em receber sangue e/ou hemoderivados conforme a indicação médica. Em caso de necessidade ou de risco de vida desde já autorizo a equipe médica a realizar transfusões. Sim Não

10. Em procedimentos direcionados aos serviços obstétricos: em caso de interesse na manutenção/retirada de produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, esta deve ser formalizada à unidade hospitalar. Na ausência de requisição por parte do paciente e/ou seus familiares em até 48h corridas da realização da operação cirúrgica, os resíduos anatómicos decorrentes do procedimento serão inseridos do fluxo de Gerenciamento dos Resíduos Hospitalares, e descartados conforme as normas e parâmetros aplicáveis.

11. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os termos descritos e que me foi oportunizado anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse, podendo, inclusive, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize, mediante solicitação por escrito.

Esta autorização é dada ao médico (a) bem como ao (s) seus (s) assistente (s) e/ou outro (s) profissionais por ele selecionado (s) a intervir no procedimento(s) de acordo com o seu julgamento profissional quanto a necessidade de coparticipação.

Fortaleza, _____ de _____ de _____ Hora: ____:____.

Assinatura do paciente ou responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO CIRURGIÃO

- Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.
 Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.

Carimbo e assinatura do médico responsável