

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Nome da Mãe: _____

Autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) e/ou cirurgia(s): _____

no paciente _____. No caso de envolver lateralidade, especificar: ☐ Direito ☐ Esquerdo

Bilateral, indicado pelo médico(a) / cirurgião(ã) – dentista Dr(a) _____, e sua equipe, (credenciados(as) no Hospital Rede D'Or São Luiz – Unidade Assunção) após ter sido informado(a) do resultado das avaliações e exames, que revelaram as seguintes alterações e/ou diagnóstico(s):

- I. Recebi do meu médico, supra identificado, todas as explicações necessárias das alternativas de tratamento propostas, sendo devidamente esclarecido(a) e informado(a) sobre as vantagens, desvantagens e riscos existentes na realização ou adiamento da cirurgia em questão, especialmente em razão da pandemia do Coronavírus (COVID-19);
- II. Estou esclarecido que o Hospital Rede D'Or São Luiz – Unidade Assunção está adotando as melhores práticas para aumentar a segurança assistencial durante os procedimentos cirúrgicos e atesto ter cumprido as orientações pré-operatórias, estando ciente da possibilidade de resultado falso-negativo em teste de PCR para detecção do novo Coronavírus, podendo assim desenvolver sintomas pós-operatórios relacionados a contaminação prévia ao procedimento.
- III. Entendo a orientação que os procedimentos cirúrgicos, independente de todos os cuidados a serem tomados, experiência profissional e técnica adequada a ser utilizada, sempre envolvem riscos e podem levar a complicações conhecidas e outras imprevisíveis, inclusive no pós-operatório, razão pela qual autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento, incluindo transfusão sanguínea e/ou cirurgia que sejam necessários em decorrência de situações imprevistas e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos e atesto saber que não existem garantia ou segurança ABSOLUTA no resultado deste ato cirúrgico.
- IV. Autorizo a divulgação das informações médicas contidas em meu prontuário, exclusivamente para finalidade científica da Instituição desde que minha identidade permaneça anônima.
- V. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente durante o procedimento realizado seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico e terapêutico, bem como para propósitos científicos ou educacionais.
- VI. Autorizo a realização de filmagens/fotografias e, caso necessário, a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a)/ cirurgião(ã) – dentista, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro, assegurando o pleno sigilo de minha identidade.
- VII. Estou ciente que posso solicitar esclarecimentos das dúvidas que possam surgir em qualquer fase do tratamento.
- VIII. Recebi orientações sobre os riscos de ocorrer queimaduras de 1º e 2º graus em decorrência do uso de piercing, apliques capilares, cílios postiços, unhas gel ou qualquer outro ornamento que possua na sua composição algum tipo de metal ou cola. Ciente dos riscos, declaro não fazer uso de qualquer um destes adornos no momento do ingresso à sala operatória.**
- IX. Estou ciente de que, no momento da alta, deverei estar acompanhado por uma pessoa adulta.
- X. Declaro que recebi explicações, compreendi e tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas. Concorde com todo o exposto acima e que foi dado o direito de revogar este consentimento, em qualquer momento que preceda a realização do(s) procedimento(s) previstos, objetivo deste documento.

Identificação do Responsável (Para menores de 18 anos ou na impossibilidade do paciente em consentir com o procedimento)

Nome Legível do Responsável: _____

Grau de parentesco: _____

Doc. Identidade do Responsável _____

Data do Consentimento Informado

São Bernardo do Campo, _____ de _____ de 20 ____

Horário: _____

Assinatura Paciente/Responsável

Preenchimento do Médico

Expliquei de forma clara e objetiva todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o(a) paciente acima referido(a) está sujeito(a), ao(a) próprio(a) paciente e/ou seu responsável e também sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas. De acordo com o meu entendimento, o(a) paciente e/ou seu responsável, está(ão) em condições de compreender o que lhes foi informado.

Médico: _____ CRM: _____

Assinatura do Médico