

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS E CIRURGIAS**

ETIQUETA DO PACIENTE
Nome completo: _____
Data de Nascimento: ____/____/____
Nº de atendimento _____
Filiação: _____

1. Autorizo o Dr.(a) \_\_\_\_\_ realizar na minha pessoa o (s) seguinte (s) procedimento (s) invasivo (s) e / ou cirurgia(s): \_\_\_\_\_

Lateralidade: Direito Esquerdo Bilateral Múltiplas Estruturas Múltiplas Estruturas (coluna)  
 Não se aplica.

2. Autorizo a equipe médica a realizar, em caso de necessidade ou diante de um achado inesperado, qualquer procedimento adicional que vise meu benefício, controle ou cura dessa ou de outra patologia.

3. Fui esclarecido (a) quanto a eventual necessidade de transfusão de sangue e hemoderivados, a qual:

- Autorizo a realização
- Recuso a realização e declaro estar ciente dos riscos decorrentes desta decisão.

**Estou ciente que o registro de minha recusa quanto à realização de transfusão de sangue e hemoderivados será submetida a equipe médica responsável pela indicação do procedimento, que se pronunciará acerca da viabilidade da conduta proposta inicialmente.**

4. 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, tais quais:

- ( ) Dor ( ) Sangramentos ( ) Infecção de Sítio Cirúrgico ( ) Reabordagem ( ) Cicatrizes
- ( ) Hematomas ( ) Outros \_\_\_\_\_

5. Autorizo a realização de fotos e/ou vídeos para documentação, que poderão ser utilizados com finalidades administrativas, obedecendo-se os critérios de confidencialidade em sigilo impostos por legislação vigente.

6. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento. Declaro ainda que fui informado(a) de que todo material biológico coletado para exame anatomopatológico/citopatológico será encaminhado, por indicação do médico assistente, para o laboratório de anatomia Patologia Rede D'Or São Luiz, vinculado a unidade Assunção e localizado na Rua das Perobas, 266 – 1ª Sub – Jabaquara – São Paulo – SP, telefone (11) 5018-4000, que tem como diretor técnico, Dr. Fernando Augusto Soares, CRM 40.110. Assim, fui esclarecido sobre os cuidados tomados para manuseio, acondicionamento e transporte para conservação do material biológico, até a sua entrada no laboratório de patologia, em conformidade com o disposto na Resolução CFM nº 2169/2017.

7. 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.

- 8. Estou ciente de que, no momento da alta, deverei estar acompanhado por uma pessoa adulta.
- 9. Estou ciente que posso solicitar esclarecimentos das dúvidas que possam surgir em qualquer fase do tratamento e declaro que recebi explicações, compreendi e tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas. Concordo 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: \_\_\_\_\_ Identidade: \_\_\_\_\_

Data do Consentimento Informado Santo André, ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____
---

\_\_\_\_\_ Assinatura Paciente/Responsável

**DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO**

Expliquei todo procedimento invasivo e/ou cirurgia ao paciente acima identificado, ou ao seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Santo André, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Médico, CRM.

**EM CASOS DE EMERGÊNCIA**

- Paciente impossibilitado de assinar e/ou responsável ausente, feito contato verbal com o paciente e/ou responsável e obtido consentimento para o procedimento proposto.
- Não foi possível a coleta deste termo de consentimento informado por tratar-se de situação de **EMERGÊNCIA**.

(Em situações de emergência, dois médicos deverão assinar).

Santo André, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Médico, CRM.

\_\_\_\_\_ Médico, CRM.