
	DIRETORIA MÉDICA – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO					
	Elaboração 31/01/2013	Efetivação 31/01/2013	Código: HEO.DME.DOC.018	Versão: 02	Página 1	

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA AMPUTAÇÃO DE MEMBROS

PACIENTE:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade N°: _____ Órgão expedidor: _____

Obs.: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade N°: _____ Órgão expedidor: _____ Grau de Relacionamento: _____

Eu, _____, responsável pelo paciente _____, autorizo a equipe cirúrgica a proceder à amputação do membro _____ ao nível de _____.

Informo ter recebido por parte da equipe cirúrgica orientações em relação à necessidade de realização do procedimento, bem como dos riscos que tal procedimento poderá ocasionar. Recebi ainda esclarecimentos de que o membro amputado deverá ser sepultado ou incinerado. Conforme opção do paciente ou responsável/representante legal.

Estou ciente também que no curso do procedimento cirúrgico, podem ocorrer ainda complicações relacionadas à anestesia: bradicardia; hipotensão arterial; parada cardio respiratória com possibilidade de intubação orotraqueal e conseqüente assistência ventilatória mecânica; lesões raqui medulares; rauialgia; anafilaxia e óbito. Pode haver necessidade de transfusão de sangue e/ou hemocomponentes, bem como internamento em UTI.

() Opção de Sepultamento: Fica sob responsabilidade da família a contratação dos serviços funerários no tempo máximo de 24 horas a partir da data da cirurgia. Após o procedimento a família deverá se dirigir ao Centro Cirúrgico para receber o encaminhamento para o sepultamento.

() Opção Incineração: Fica sob a responsabilidade da Instituição o encaminhamento do membro para incineração através da Stericycle Ltda., Empresa responsável pela terceirização dos resíduos infectados, CNPJ nº 01.568.077/002-06, em cumprimento a RDC nº306 de 07 de dezembro de 2004.

Olinda, _____ de _____ de _____ Hora: ____/____

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

Testemunha

Testemunha

MÉDICO RESPONSÁVEL (em situação de Emergência, dois médicos deverão assinar)

() **Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.**

() **Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por se tratar de situação de EMERGÊNCIA.**

Olinda, _____ de _____ de _____ Hora: ____:____

Médico CRM N°

Médico CRM N°

ELABORAÇÃO Nome: MIGUEL PORTO	APROVAÇÃO Setor: DIRETORIA MÉDICA Nome: DRª. ERICA BATISTA
Assinatura/Data: 	
Vigência: 22/08/2020	