

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Nome: _____

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

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: _____

PACIENTE:

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Identidade N°: _____ Órgão expedidor: _____

CPF: _____

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

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Identidade N°: _____ Órgão expedidor: _____

CPF: _____ Grau Parentesco: _____

1. Declaro que o Dr.(a) _____, CRM N° _____, informou-me que, tendo em vista o diagnóstico (ou a suspeita diagnóstica) de _____, será conveniente e indicado o procedimento cirúrgico acima especificado.

2. O que é o procedimento? _____

3. A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados **antes da realização do procedimento cirúrgico**, assim como os riscos e complicações potenciais, especialmente os seguintes:

Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

3. 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, inclusive transfusão de sangue ou hemoderivados.

4. Entendo que serei submetido a procedimento anestésico sob a responsabilidade de um médico anestesiológico. Sou sabedor(a) que devo informar antes da realização da cirurgia, aos cirurgiões e anestesistas, **TODOS** os medicamentos que estou utilizando, pois muitos podem causar problemas no período intra e pós-operatório, bem como **TODOS** os medicamentos que não posso usar. Da mesma forma, fui informado(a) que existem complicações associadas a anestesia proposta para minha cirurgia, como reações alérgicas, pouco ou mais graves, aos anestésicos e demais medicamentos a serem administrados, mesmo sem história prévia de alergia.

	FORMULÁRIO - DIRETORIA MÉDICA					
	Elaboração 05/01/2010	Efetivação 12/11/2018	Código HES.DMD.FOR.02	Versão 02	Página 2/2	
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO						

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

6. Assim, declaro que tive a oportunidade de fazer todas as indagações sobre meu tratamento e o procedimento que serei submetido, sendo-me prontamente respondidas e esclarecidas todas as minhas dúvidas. Todavia, tendo em vista que a natureza da prestação dos serviços médicos é de meio, estou ciente dos riscos e que o resultado pode não ser o esperado.

7. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

Recife, _____ de _____ de _____ Hora: _____ : _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

Médico CRM N°

EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA, dois médicos deverão assinar:

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

Recife, _____ de _____ de _____

Médico CRM N°

Médico CRM N°

Revogação: Recife, ____/____/____

Hora: _____ : _____

Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

REVISÃO	DESCRIÇÃO SUMÁRIA	DATA
Versão 02	Revisão Sistêmica	12/11/2018

ELABORAÇÃO	APROVAÇÃO
Setor: DIRETORIA MÉDICA	Setor: DIRETORIA MÉDICA
Nome: Adriana Passos	Nome: Adriana Passos
Assinatura/Data:	
Vigência: 12/11/2021	