

Nome completo: _____
Sexo: M F
Data de nascimento: ____/____/____
Registro: _____
Leito/Andar: _____
Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS E CIRURGIAS

Prezado(a) Cirurgião(ã),

Solicitamos o completo preenchimento deste documento e, em caso de dúvida, nossa equipe de enfermagem terá o maior prazer em colaborar.

Segundo a política do Hospital Niterói D'Or, para que os pacientes sejam encaminhados ao Centro Cirúrgico é necessário que os termos de consentimentos cirúrgico e anestésico estejam preenchidos e, nos casos em que caiba a marcação de lateralidade, esta também deve estar devidamente marcada no paciente.

Marcação do Sítio Cirúrgico:



A marcação deve obrigatoriamente ser feita antes do envio do paciente ao centro cirúrgico e antes da administração de qualquer medicação sedativa, na unidade de origem.

Deve-se utilizar marcador padronizado na instituição (caneta dermatológica, no formato de alvo, sendo sinalizado por dois (2) círculos circunscritos).

Caso paciente não esteja consciente, deverá ser solicitada a participação de um familiar no ato da marcação. Se a participação do paciente e do familiar não for possível, por gentileza, realizar a marcação do sítio e descrever o fato no prontuário.

Time out:

O *time out* deverá ser realizado **imediatamente antes** do início do procedimento com todos os membros da equipe presente e com suas atividades pausadas. Durante o time out, serão avaliadas as seguintes confirmações:

- ✓ Nome completo e data de nascimento do paciente;
- ✓ Termos de consentimentos cirúrgico e anestésico disponíveis em sala (corretamente preenchidos e assinados);
- ✓ Confirmação do procedimento a ser realizado;
- ✓ Confirmação da lateralidade, quando aplicável;
- ✓ Equipe presente: informar os nomes dos membros e suas funções;
- ✓ Antibiótico indicado;
- ✓ Equipamentos e materiais disponíveis;
- ✓ Reserva sanguínea.

Nome completo: _____
Sexo: M F
Data de nascimento: ____/____/____
Registro: _____
Leito/Andar: _____
Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS E CIRURGIAS

Autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) invasivo(s) e/ou cirurgia(s) (não abreviar):

Lado / níveis / estruturas: Direito Esquerdo Bilateral Múltiplos níveis / estruturas N/A

- Estou ciente que estarei realizando um procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia conforme indicado pelo meu médico e recebi as informações suficientes sobre a doença que possuo e minhas condições atuais de saúde, bem como sobre o procedimento ao qual deverei ser submetido, seus benefícios, riscos e inconvenientes em potencial, além das chances de sucesso e insucesso.
- Recebi informações suficientes sobre as alternativas de tratamento, quando existentes, e as consequências de abdicar do mesmo.
- Autorizo a equipe médica a realizar, em caso de necessidade ou diante de um achado inesperado, qualquer procedimento adicional que vise ao meu benefício, controle ou cura dessa ou de outra patologia, inclusive transfusão de sangue ou derivados, incluindo alguma intercorrência relativa a minha recuperação pós anestésica.
- Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que seja necessário para o esclarecimento diagnóstico ou terapêutico.
- Autorizo a realização de fotos e/ou vídeos para documentação, que poderão ser utilizadas com finalidades científicas, obedecendo a confidencialidade e sigilo impostos pela legislação vigente pelos comitês de ética em pesquisa.
- Estou ciente que após a finalização do procedimento, a equipe médica decidirá quanto ao meu encaminhamento para o setor apropriado conforme a necessidade do meu grau de vigilância.
- Tive a oportunidade de fazer todas as indagações sobre o meu tratamento e ou procedimento ao qual serei submetido, de modo que me foram prontamente respondidas e esclarecidas todas as minhas dúvidas com linguagem de fácil compreensão.
- Estou ciente de que o exercício de medicina é uma atividade de meio e não de fim, portanto, nem sempre o resultado pode ser o esperado, pois a principal intenção é a preservação da vida.
- Estou ciente de que, em procedimentos como o meu, podem ocorrer complicações gerais, como: sangramento, dor, infecção, alergias, problemas cardiovasculares ou respiratórios. Além disso, as principais complicações associadas especificamente a este procedimento são as seguintes: _____

10. Entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar este consentimento antes que o procedimento se realize e dou ciência como:

<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Responsável	Hora: _____ : _____	Data: _____ / _____ / _____
Nome legível: _____		Assinatura: _____
Grau de parentesco: _____		Identidade: _____

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

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

Nome do médico _____ Assinatura _____ CRM _____

PREENCHIDO PELOS MÉDICOS SOMENTE EM CASO DE EMERGÊNCIA Não se aplica

- 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. Nestas situações de emergência, dois médicos deverão assinar abaixo.

Niterói, ____/____/____

PREENCHER SOMENTE EM CASOS DE REVOGAÇÃO PELO PACIENTE OU REPRESENTANTE

EVOGAÇÃO: Niterói, ____/____/____