REAL D'OR
HOSPITAL
MATERNO INFANTIL

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

Prezado(a) Cirurgião (ã),

Segundo a política do Hospital Real D'Or, para que os pacientes sejam encaminhados ao Centro Cirúrgico é necessário que os termos de consentimento cirúrgico e anestésico estejam preenchidos e, nos casos em que caiba a marcação do sítio cirúrgico (lateralidade, estruturas múltiplas ou níveis múltiplos), esta também deve estar devidadamente marcada no paciente

AVALIAÇÃO CIRÚRGICA - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Diagnóstico: _____

☐ Cirurgia eletiva ☐ Cirurgia de urgência / emergência

Procedimento Proposto: _____

História Clínica: _____

_____

Cirurgias prévias:

☐ Não
☐ Sim
☐ Qual(is)? _____

Marcar apenas os itens pertinentes:

☐ Hipertensão Arterial
☐ Coronariopatia
☐ Diabetes Mellitus
☐ DPOC
☐ Insuficiência renal
☐ Hepatopatia
☐ Imunossupressão
☐ Coagulopatia
☐ Anticoagulação
☐ Doença infectocontagiosa
☐ Gestação
☐ Tabaco
☐ Álcool
☐ Asma
☐ AVE prévio
☐ Insuficiência cardíaca
☐ Arritmia
☐ Epilepsia
☐ Outras _____

Alergia Medicamentosa:

☐ Não
☐ Sim
☐ Qual? _____

Alergia ao Iodo:

☐ Não
☐ Sim

Prevista necessidade de hemotransfusão:

☐ Não
☐ Sim

Profilaxia contra trombose venosa profunda:

☐ Não
☐ Sim

Antibioticoprofilaxia:

☐ Não
☐ Sim
☐ Qual? _____

Unidade de destino para o pós operatório:

☐ Unidade de internação
☐ CTI
☐ UTI

Nome do Médico(a): _____ CRM: _____
(Letra legível ou carimbo)

Rio de Janeiro, _____/_____/_____. Hora: _____ : _____

REAL D'OR
HOSPITAL
MATERNO INFANTIL

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DO SEGUINTE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: _____

_____

_____

_____

PACIENTE

Nome: _____

_____

Data de Nascimento: ____/____/____ Identidade Nº.: _____ Órgão expedidor: _____

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

RESPONSÁVEL / REPRESENTANTE LEGAL:

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Identidade Nº.: _____ Órgão expedidor: _____

Grau de parentesco: _____

1. Declaro que o Dr. _____ CRM Nº. _____ informou-me que, tendo em vista o diagnóstico (ou a suspeita diagnóstica) de _____

_____

_____, será conveniente e indicado o procedimento cirúrgico acima especificado.

2. A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados, 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 realizar qualquer outro procedimento,exame,tratamento ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e outros hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

4. Entendo que serei submetido a procedimento anestésico sob a responsabilidade de um médico Anestesiologista.

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. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente, seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

7. Assim declaro que tive a oportunidade de fazer todas as indagações sobre o tratamento e o procedimento que serei submetido, me sendo prontamente respondido 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.

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

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____ Hora: ____:____

_____

(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 tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____ Hora: ____:____

_____ _____

Médico, CRM Nº. Médico, CRM Nº.

REVOGAÇÃO: RJ, ____/____/_____ _____

(Responsável / Representante Legal)