

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 CIRÚRGICOS E ANESTÉSICOS

PACIENTE: \_\_\_\_\_

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

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Identidade No.: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

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 Quinta 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.

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Identidade No.: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

## AVALIAÇÃO CIRÚRGICA PRÉ-OPERATÓRIA

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Cirurgia eletiva  Cirurgia de urgência / emergência

História Clínica: \_\_\_\_\_

Anestesias prévias:  Não  Sim Qual? \_\_\_\_\_

Cirurgias prévias:  Não  Sim Qual? \_\_\_\_\_

Preencher com "S" para Sim ou "N" para Não

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial                | <input type="checkbox"/> História de Tuberculose pulmonar       | <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa, Qual? _____          |
| <input type="checkbox"/> Coronariopatia                      | <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal                    | <input type="checkbox"/> Epilepsia                                       |
| <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca              | <input type="checkbox"/> Hepatopatia                            | <input type="checkbox"/> AVC prévio                                      |
| <input type="checkbox"/> História de Arritmia cardíaca       | <input type="checkbox"/> Distúrbio do Refluxo Gastro-intestinal | <input type="checkbox"/> Gestação  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus                   | <input type="checkbox"/> Hérnia de Hiato                        | <input type="checkbox"/> Tabagismo                                       |
| <input type="checkbox"/> DPOC                                | <input type="checkbox"/> Imunossupressão                        | <input type="checkbox"/> Etilismo  |
| <input type="checkbox"/> Dependência de Oxigênio suplementar | <input type="checkbox"/> Anticoagulação                         | <input type="checkbox"/> História de náuseas e vômitos no pós-operatório |
| <input type="checkbox"/> Apnéia do Sono                      | <input type="checkbox"/> Coagulopatia                           | <input type="checkbox"/> Outros _____                                    |
| <input type="checkbox"/> Asma                                |   |  |

Medicamentos que faz uso regular: \_\_\_\_\_

Alergia Medicamentosa:  Não  Sim  Qual? \_\_\_\_\_

Alergia ao látex:  Não  Sim

Prevista necessidade de hemotransfusão:  Não  Sim

Preditores de via aérea difícil:  Não  Sim  Qual? \_\_\_\_\_

Antibioticoprofilaxia:  Não  Sim

Profilaxia contra trombose venosa profunda:  Não  Sim

Índice de Mallampati  I  II  III  IV  Classificação ASA: \_\_\_\_\_

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS E CIRURGIAS

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

---

---

Indicado pelo Dr.(a) abaixo mencionado(a) e sua equipe, médicos(as) credenciados(as) no Hospital Quinta D'Or.

1. A proposta do procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

2. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e outros hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

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

4. Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

Paciente  Responsável

Nome legível: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_ Identidade \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

### DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

1. Nas situações em que o paciente ou seu representante legal possa assinar o Termo, basta a assinatura de um médico.

2. Nas situações, sejam elas eletivas ou não, em que o paciente ou seu representante legal não possa assinar, é necessário que dois médicos que estejam envolvidos no cuidado do paciente assinem o Termo.

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

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

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Revogação: RJ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_: \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Paciente ou responsável/representante legal

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS

Declaro que o Dr. \_\_\_\_\_  
CRM nº \_\_\_\_\_ informou-me que, tendo em vista a realização do procedimento, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ será necessária a administração de anestesia,  
conforme acima especificado.

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. Autorizo qualquer outro procedimento, exame ou tratamento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento anestésico e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos. Assim, declaro agora que estou satisfeito(a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do procedimento. Por tal razão, e nestas condições, dou o meu consentimento para que o mesmo seja realizado.

Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de prestar qualquer explicação, poderei revogar este consentimento, antes da realização do procedimento.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Paciente ou responsável/representante legal

### DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

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

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Testemunha

**REVOGAÇÃO:** RJ, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Paciente ou responsável/representante legal

## AVALIAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA E ALOCAÇÃO DE PACIENTES

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Falha de Extubação      | <input type="checkbox"/> Anestesia Geral                              |
| <input type="checkbox"/> Politrauma              | <input type="checkbox"/> Idade > 70 anos                              |
| <input type="checkbox"/> Sepsis                  | <input type="checkbox"/> Arritmia Peri-Operatória                     |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia de Urgência    | <input type="checkbox"/> Procedimento Realizado diferente do proposto |
| <input type="checkbox"/> Perda Sanguínea > 500ml | <input type="checkbox"/> Preocupação da Equipe Assistente             |
| <input type="checkbox"/> Infusão venosa > 4L     | <input type="checkbox"/> Tempo de sala > 6h                           |

**Na presença de um destes indicativos, considerar acompanhamento pós-operatório em unidade fechada.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Unidade de Internação | <input type="checkbox"/> Unidade Fechada |
|--|--|

Considerações gerais:

---

---

---

---

---

---

---

Nome do Médico (a): \_\_\_\_\_  
(Letra legível ou carimbo)