

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)