

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA	
Nome _____	
Data de Nascimento ____/____/____ Idade _____	
Convênio _____	
Registro _____ Leito _____	

Fui informado(a) pelo(a) médico(a) Dr.(a) _____, CRM n° _____, de que as avaliações e os exames realizados revelam a necessidade de indicação de realização do(s) procedimento(s) invasivo(s) e/ou cirúrgico(s): _____

Recebi (emos) de meu médico, supra identificado, todas as explicações necessárias das alternativas de tratamento propostas, sendo devidamente esclarecido(a) e informado(a) sobre as vantagens, desvantagens e riscos existentes na realização ou adiamento da cirurgia em questão, especialmente em razão da Pandemia do Coronavírus (COVID-19);

Fui (omos) ainda esclarecido(s) que o **HOSPITAL SÃO LUIZ ANÁLIA FRANCO** está adotando as melhores práticas para aumentar a segurança assistencial durante os procedimentos cirúrgicos;

Após os esclarecimentos que me foram prestados, optei (amos) pela realização do(s) procedimento(s) supracitado (s) com o qual concordo ser submetido(a) e **AUTORIZO o(a) médico(a) acima e demais profissionais por ele(a) selecionados**, a realizarem o referido ato cirúrgico, comprometendo-me a seguir a todas as instruções pré e pós-operatórias necessárias ao meu restabelecimento, que constarão em prontuário e/ou receituário médico, por ocasião de meu acompanhamento;

Também fui informado(a) que os procedimentos cirúrgicos, independente de todos os cuidados a serem tomados, experiência profissional e técnica adequada a ser utilizada, sempre envolvem riscos e podem levar a complicações conhecidas e outras imprevisíveis, inclusive no pós-operatório, razão pela qual autorizo a equipe médica a realizar, nesses casos, qualquer procedimento adicional que vise o benefício, controle ou cura dessa ou de outra patologia; Estou ciente da possibilidade de transfusão de sangue e seus componentes (hemácias, plasma fresco, crioprecipitado) durante este ato cirúrgico na Rede D'Or São Luiz e, se for necessário serei contatado(a) pela Agência Transfusional (Banco de Sangue) que procederá a coleta de uma amostra de sangue para classificação ABO/Rh e prova cruzada. Serão solicitados doadores de sangue que para o Banco de Sangue do Hospital;

Assinatura do paciente ou responsável:

Nome: _____ Grau de Parentesco: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____: _____

Assinatura do médico:

() Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima;

Nome do médico: _____ CRM: _____

Assinatura: _____