

Nome do Paciente:
Data de Nascimento:
Filiação 01:

Autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) cirúrgico(s): _____

no membro localizado do lado () Direito () Esquerdo () Bilateral () Sem Lateralidade, pelo médico(a) / cirurgião(ã) – dentista abaixo identificado e sua equipe, credenciados(as) no Hospital Rede D'Or São Luiz – Unidade São Luiz São Bernardo, após ter sido informado(a) do resultado das avaliações e exames. Desta forma, atesto que:

- I. Recebi do 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).
- II. Estou esclarecido que o Hospital Rede D'Or São Luiz – Unidade São Luiz São Bernardo está adotando as melhores práticas para aumentar a segurança assistencial durante os procedimentos cirúrgicos e atesto ter cumprido as orientações pré-operatórias, estando ciente da possibilidade de coleta do teste de antígeno para detecção do novo Coronavírus, assim como risco de falso-negativo neste exame, podendo assim desenvolver sintomas pós-operatórios relacionados a contaminação prévia ao procedimento.
- III. Entendo a orientação 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, tais quais:

() Dor () Sangramentos () Infecção de Sítio Cirúrgico () Reabordagem
() Cicatrizes () Hematomas () Outros _____

Desta forma, autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento, incluindo transfusão sanguínea e/ou cirurgia que sejam necessários em decorrência de situações imprevistas e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos e atesto saber que não existem garantia ou segurança **ABSOLUTA** no resultado deste ato cirúrgico.

- IV. Autorizo a divulgação das informações médicas contidas em meu prontuário, exclusivamente para finalidade científica da Instituição desde que minha identidade permaneça anônima.
- V. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente durante o procedimento realizado seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico e terapêutico. Declaro ainda que fui informado(a) de que todo material biológico coletado para exame anatomopatológico/citopatológico será encaminhado, por indicação do médico assistente, para o laboratório de anatomia Patologia Rede D'Or São Luiz, vinculado a unidade São Luiz São Bernardo e localizado na Rua das Perobas, 266 – 1º Sub – Jabaquara – São Paulo – SP, telefone (11) 5018-4000,

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS

que tem como diretor técnico, Dr. Fernando Augusto Soares, CRM 40.110. Assim, fui esclarecido sobre os cuidados tomados para manuseio, acondicionamento e transporte para conservação do material biológico, até a sua entrada no laboratório de patologia, em conformidade com o disposto na Resolução CFM nº 2169/2017.

- vi. Autorizo a realização de filmagens/fotografias e, caso necessário, a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a)/ cirurgião(ã) – dentista, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro, assegurando o pleno sigilo de minha identidade.
- vii. Recebi orientações sobre os riscos de ocorrer queimaduras de 1º e 2º graus em decorrência do uso de piercing, apliques capilares, cílios postiços, unhas gel ou qualquer outro ornamento que possua na sua composição algum tipo de metal ou cola. Ciente dos riscos, declaro não fazer uso de qualquer um destes adornos no momento do ingresso à sala operatória.**
- viii. Estou ciente de que, no momento da alta, deverei estar acompanhado por uma pessoa adulta.
- ix. Estou ciente que posso solicitar esclarecimentos das dúvidas que possam surgir em qualquer fase do tratamento e declaro que recebi explicações, compreendi e tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas. Concordo com todo o exposto acima e que foi dado o direito de revogar este consentimento, em qualquer momento que preceda a realização do(s) procedimento(s) previstos, objetivo deste documento.

Identificação do Responsável (Para menores de 18 anos ou na impossibilidade do paciente em consentir com o procedimento)

Nome Legível do Responsável: _____

Grau de parentesco: _____

Doc. Identidade do Responsável _____

Data do Consentimento Informado

São Bernardo do Campo, _____ de _____ de 20____

Horário: _____

Assinatura Paciente/Responsável

Preenchimento do Médico

Expliquei de forma clara e objetiva ao(a) próprio(a) paciente e/ou seu responsável, todo o procedimento previsto, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o(a) paciente acima referido(a) está sujeito(a), além dos benefícios, riscos e alternativas. Respondi às perguntas formuladas e de acordo com o meu entendimento, o(a) paciente e/ou seu responsável, está(ão) em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura do Cirurgião(ã)

Nome do Paciente:

Data de Nascimento:

Filiação 01:

1. Autorizo a realização dos possíveis procedimentos anestésicos:
- () Geral () Raqui () Sedação
() Peridural () Bloqueio () Plexo

pelo médico abaixo identificado ou outro médico responsável pelo procedimento de anestesia ou sedação devidamente credenciado pelo **Hospital Rede D'Or São Luiz – Unidade São Luiz São Bernardo**.

2. A anestesia ou sedação a qual serei submetido(a), bem como seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas foram claramente explicados pelo médico abaixo identificado.
3. Tive a oportunidade de esclarecer todas as dúvidas de forma satisfatória e entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
4. Estou ciente de que podem ocorrer complicações relacionadas a anestesia, durante o procedimento, tais como:

- () Reações Alérgicas () Broncoaspiração/Broncoespasmos () Alterações Cardiovasculares
() Hematoma () Cefaléia () Retenção Urinária () Hipertermia Maligna
() Hipotermia () Todas as Complicações Citadas () Outros _____

E em virtude dessas situações imprevistas, autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia que possam ocorrer e necessitem de alteração no cuidado em relação aquele proposto inicialmente.

5. Confirmo que recebi as explicações, li, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido. Tive a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais eu não concordasse.

Identificação do Responsável

(Para menores de 18 anos ou na impossibilidade do paciente em consentir com o procedimento)

Nome Legível do Responsável: _____

Grau de parentesco: _____

Doc. Identidade do Responsável _____

Data do Consentimento Informado

São Bernardo do Campo, _____ de _____ de 20____

Horário: _____

Assinatura Paciente/Responsável

Preenchimento do Médico:

Expliquei sobre o procedimento anestésico ou de sedação, assim como os benefícios, riscos e alternativas ao(à) paciente acima identificado(a) e/ou seu responsável e respondi às perguntas formuladas pelos mesmos. Sob meu ponto de vista, o(a) paciente e/ou responsável está em condições de compreender o que lhes foi transmitido.

Assinatura do Médico

SÃO LUIZ São Bernardo FICHA DE AVALIAÇÃO PRE-ANESTÉSICA			ASA o I o II o III o E o IV o V o VI			Data ____/____/____		
PESO	ALTURA	RESERVAS	Mallampati Classe: I II III IV					
		UTI: () Sim () Não () Não se aplica Hemoderivados: () Sim () Não () Não se aplica	O Via Aérea Difícil Comprovada O Pescoço Curto O Prótese _____ Dist. Interincisivos () maior 3 cm () Menor/igual 3 cm Dist. Tireomentoniana () maior/igual 5 cm () Menor 5 cm *ALERTA:					
REAValiação:								
Medicação Pré-Anestésica: O Não O Sim (paciente deve estar acordado ao entrar em SO) – Qual?								
Observação:								
AVALIAÇÃO CLÍNICA								
CARDIOVASCULAR		RENAL		HABITOS SOCIAIS				
O Negativo O HAS O Coronariopatia O IAM prévio O ICC – Classe funcional O Arritmia: O Valvulopatia O Outros		O Negativo O Doença Renal Crônica O Insuficiência Renal: O Outros: O Diálise		O Tabagismo: _____ cigarros/dia O Etilismo O Outros:				
				ALERGIAS (agente e efeito)				
				O Látex O Outros:				
		ENDÓCRINO		ANESTESIAS PRÉVIAS				
		O Negativo O Diabetes: O Doença Tireoidiana O Obesidade Mórbida O Outros:		O Local O Sedação O Raqui O Geral Queixa.				
RESPIRATÓRIO				EXAMES COMPLEMENTARES				
O Negativo O Asma/Bronquite: O IVAS Recente O Apneia do sono O Dependência de O2 O Outros:				Hb: Ht: Plaq: Leuco: Na: K: Cr: Glic: Ur: TP: TTPA: INR:				
		HEMATOLÓGICO						
		O Negativo O Anemia O Transfusão prévia O Uso de anticoagulante O Outros: O Plaquetopatia O Coagulopatia						
NEUROLÓGICO		MUSCULOESQUELETICO		MEDICAÇÕES EM USO				
O Negativo O Convulsão/Epilepsia O Dormência/ Fraqueza O Lesão medular: O Outros: O Ave O Cefaleia O PIC elevada		O Negativo O Dor Lombar O Musculodistrofia O Hipertermia Maligna? O Outros: O Artrite O Artrose						
		NEOPLÁSICO		EXAME FÍSICO				
GASTROINTESTINAL				Neurológico: Cardiovascular: Respiratório: Outros:				
O Negativo O Refluxo gastro-esofágico O Doença péptica O Vômito / Diarreia O Hérnia de Hiato O Obstrução intestinal O Outros:		O Negativo O Quimioterapia O Outros: O Radioterapia		Gestante: Não () Sim () - _____ semanas				
		INFECCIOSO		JEJUM				
		O Negativo O Doença:		Ambulatório - Orientado a beber 200 ml de água de coco/suplemento até 4 horas antes do horário da cirurgia? Sim () Não () Paciente Internado - Jejum completo para sólidos, Leite e líquidos? Não () Sim () Abreviação do Jejum: Bebeu 200 ml de água de coco/suplemento? Não () Sim (), as ____ horas				
Observações:								
Anestesiologista:			CRM	Carimbo e assinatura:				