Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Procedimentos Cirúrgicos

- 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) _____;
- 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,
- Recebi (emos) também esclarecimentos sobre o risco de contágio de doenças transmissíveis globais especialmente em situações de surtos, epidemias etc.
- Fui (omos) ainda esclarecido(s) que o hospital 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;
- Fui (omos) esclarecido(s) sobre cuidados tomados pelo hospital para o manuseio, acondicionamento e transporte para conservação do material biológico até a sua entrada no laboratório externo de patologia.
- Estou ciente da possibilidade de transfusão de sangue e seus componentes (hemácias, plasma fresco, crioprecipitado) durante este ato cirúrgico no hospital 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;

- Igualmente sou sabedor (a) de que, apesar da capacidade técnica e dos esforços de meu (minha) médico(a), não existe garantia ou segurança ABSOLUTA no resultado deste ato cirúrgico;
- Autorizo, portanto, ao(à) médico(a) supra identificado(a) e/ou à equipe por ele designada, a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realizará o(s) procedimento(s);
- Informo também o recebimento de uma cópia deste documento para poder, a qualquer momento, esclarecer eventuais dúvidas antes da realização do(s) procedimento(s) indicado(s).

Assinatura do paciente ou responsável:

( ) Paciente
( ) Responsável ou Representante Legal
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;

( ) Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por recusa dos familiares/responsáveis/representantes legais.

Médico / CRM / Assinatura:_____