

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO

Pelo presente termo, eu _____paciente ou Responsável (Grau de parentesco:_____), nacionalidade:_____, estado civil: _____, portador da cédula de identidade RG nº _____ inscrito no CPF sob o nº: _____. Residente e domiciliado na _____, nº _____, complemento: _____, cidade: _____ declaro para os devidos fins e efeitos de direito que:

1. Fui informado (a) pelo médico Dr. **Flavio L. L. Salgado** CRM nº **42984**, de que as avaliações e os exames realizados revelam a(s) seguinte(s) alteração(ões) e diagnósticos(s) do meu estado de saúde: _____.
2. Recebi todas as explicações necessárias das alternativas de tratamento propostas, sendo devidamente esclarecido (a) e informado (a) sobre as vantagens e desvantagens dos métodos possíveis, pelo que optei pela realização do procedimento cirúrgico denominado _____, com o qual concordo a ser submetido autorizando o médico acima e sua equipe a realizarem o referido ato cirúrgico. Comprometendo-me a seguir a todas as instruções pré e pós-operatórias necessárias a, minha preparação e restabelecimento, que constarão em prontuário e/ou receituário médico, por ocasião de meu acompanhamento.
3. Sou sabedor (a) que devo informar antes da realização da cirurgia, aos cirurgiões e anestesistas, TODOS os medicamentos que estou utilizando, pois muitos podem causar problemas no período intra e pós-operatório, bem como TODOS os medicamentos que não posso usar.
4. Estou ciente da possibilidade de transfusão de sangue e seus componentes (hemácias, plasma fresco, crioprecipitado) durante a minha internação no Hospital _____. Serei contactado pela Agência Transfusional (Banco de Sangue) onde será coletado uma amostra de sangue para classificação ABO/Rh e prova cruzada. Em casos de urgências autorizo a utilização destes.
5. Também fui informado(a) que as cirurgias, independentemente 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, mas que tudo será feito para impedir o seu aparecimento.
6. No caso específico da cirurgia indicada para o meu tratamento, fui informado(a) que as complicações mais frequentes são _____ as quais me foram explicadas pelo médico, tendo compreendido seus significados.
7. Fui esclarecido (a) também que, inexitem formas e métodos eficazes para calcular com precisão e tempo, a capacidade e o resultado final de cicatrização de tecidos como pele, músculos, gordura, vísceras e ossos, após o procedimento cirúrgico. Fui também orientado(a) de que o uso de fumo e/ou álcool pode prejudicar a cicatrização, limitando o sucesso do(s) procedimento(s).
8. Estou ciente, ainda, de que podem ocorrer complicações durante o procedimento cirúrgico, e que estas intercorrências podem exigir providências imediatas, a critério do médico e sua equipe, para assegurar minha integridade física e saúde. Assim, autorizo as medidas que forem necessárias indicadas pelo médico, incluindo novos procedimentos cirúrgicos e/ou terapêuticos, eventual remoção de urgência, internação em unidade de

terapia intensiva, remoções para outras instituições com recursos que meu caso exigir e local dispuserem.

9. Da mesma forma, fui informado (a) que existem complicações associadas a anestesia proposta para minha cirurgia, como reações alérgicas, pouco ou mais graves, aos anestésicos e demais medicamentos a serem realizados.

10. Tenho conhecimento que durante o procedimento cirúrgico e/ou no período pós-operatório, podem aparecer situações inusitadas que requeiram procedimentos adicionais e não previstos na presente data e descritos neste informe, que poderão ser indicados visando o sucesso do tratamento e preservação da vida.

11. Estou ciente que de que seria impossível para o médico me descrever TODAS as complicações e ou riscos possíveis de acontecer no tratamento que me está sendo proposta, mas que fui informado(a) a respeito das situações mais frequentes.

12. Igualmente sou sabedor (a) de que apesar da capacidade técnica e dos esforços de meu médico e sua equipe, não existe garantia ou segurança ABSOLUTA no resultado desta cirurgia, com relação à curada minha doença.

Consinto, portanto ao médico supra identificado e sua equipe 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 realiza o (s) procedimento (s).

Taubaté, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do paciente ou responsável legal.

Testemunhas:

Nome: _____

Testemunhas:

Nome: _____