



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DO POMPÉIA ECOSISTEMA DE SAÚDE

Pelo presente termo eu, (nome completo)

Paciente Responsável (Grau de parentesco e nome do(a) paciente _____), (nacionalidade) _____, (estado civil) _____, portador da Cédula de Identidade nº _____ inscrito no CPF sob o nº _____, residente e domiciliado no endereço _____, declaro para os devidos fins de direito que:

Fui informado(a) pelo(a) médico(a) Dr.(a) _____, CRM/RS nº _____, de que as avaliações e os exames realizados revelam a necessidade e indicação de procedimento cirúrgico de _____.

Após os esclarecimentos que me foram prestados, optei pela realização do procedimento cirúrgico ora autorizado, com o qual concordo em ser submetido 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 pós-operatórias necessárias ao meu restabelecimento, que constarão em prontuário e/ou receituário médico, por ocasião de meu acompanhamento.

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.

Também fui informado(a) que as cirurgias, 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 meu 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 a minha internação no POMPÉIA – ECOSISTEMA DE SAÚDE 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 Hemocentro de referência (em caso de cirurgias eletivas).

No caso específico da cirurgia indicada para o meu tratamento, fui informado(a) sobre as complicações mais frequentes, as quais me foram explicadas pelo(a) médico(a), tendo compreendido seus significados.

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

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 uso de fumo e álcool podem prejudicar a cicatrização, limitando o sucesso da cirurgia.

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 administrados.

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 desta cirurgia.

Consinto, portanto ao(à) médico(a) supra identificado(a) 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).

Estou ciente de que, durante o procedimento indicado, poderão ocorrer problemas locais como: sangramento, infecção, lesões de vasos, vísceras ou outras estruturas anatômicas, assim como alterações gerais como: distúrbios ou disfunções cardíacas, respiratórias, renais, nefrológicas, hematológicas, hepáticas, gastrointestinais, urinárias, vasculares (inclusive tromboembolismo), infecção generalizada (Sepse) ou reação adversa a drogas que podem, inclusive, levar ao óbito.

Caxias do Sul, ____ / ____ / ____

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

MÉDICO RESPONSÁVEL (em situação de Emergência, dois médicos deverão assinar)

() 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.

Caxias do Sul, _____ de _____ de _____

Médico - CRM nº:

Médico – CRM nº:

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

Caxias do Sul

____/____/____

HORA: _____