



PREENCHER NA AUSÊNCIA DE ETIQUETA

Nome completo: _____

Data nascimento: ____ / ____ / ____

Nº atendimento: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Eu, abaixo identificado (a), declaro que fui informado(a) pela equipe médica quanto aos principais aspectos relacionados ao **Procedimento Cirúrgico** de _____ ao qual serei submetido(a), complementando as informações prestadas pelo meu médico assistente e, após ter recebido todas as informações a respeito da cirurgia e seu método, autorizo ser submetido(a) à realização da mesma.

Declaro ainda que:

1) Tive oportunidade de perguntar o que quis e recebi todas as respostas da equipe médica, a qual me esclareceram todas as dúvidas relativas ao(s) procedimento(s) e as operações a que serei submetido(a) durante a avaliação pré-operatória ambulatorial, SALVO em casos emergenciais, em que este termo poderá ser adquirido e registrado em outros formatos específicos.

2) Se durante a minha operação houver alguma intercorrência inesperada e houver a necessidade de se realizar qualquer outro procedimento e/ou cirurgia a qual antes não fazia parte do que me foi inicialmente planejado e explicado, ficam desde já previamente autorizados os médicos envolvidos na cirurgia e respectiva equipe, incluindo o anestesista, a realizar o que for necessário para proteger minha saúde e minha vida.

3) Estou ciente que a cirurgia a qual serei submetido possui em si os riscos inerentes ao procedimento e suas possíveis complicações, sendo algumas por vezes imprevisíveis.

4) Autorizo que qualquer órgão ou mesmo uma parte dele que for removido durante a operação seja encaminhado para exames complementares e biópsias de qualquer natureza, visando o esclarecimento de meu diagnóstico ou para benefício de meu tratamento.

5) Apesar de todos os esclarecimentos prestados, persistem dúvidas? ☐ Não ☐ Sim: _____

Confirmo que recebi todas as explicações de forma clara, objetiva e em linguagem compreensível ao leigo em medicina, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido, sendo-me concedida a oportunidade de desistir da realização do procedimento, anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras neste termo com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas de forma igualmente compreensível.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20 _____. - Hora ____ : ____

☐ Paciente

☐ Responsável

Nome legível: _____ CPF: _____

Assinatura: _____ Grau de Parentesco: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirmo que expliquei detalhadamente ao paciente e/ou seu responsável, ou familiar, o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento acima descrito, tendo o paciente e/ou seu responsável entendido tudo que lhe foi explicado.

Médico (Nome completo): _____

CRM: _____ Assinatura: _____

Em situações de Emergência, dois médicos deverão se identificar e assinar este documento, justificando a impossibilidade de se extrair o consentimento do paciente.