HOSPITAL SANTO AMARO

FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIRURGIA

Nome do paciente:			**Data de nasc.:** (DD/MM/AAAA) _____/_____/_____
RG:	**Estado civil:**	**Nacionalidade:**	**Profissão:**
Endereço:			
Bairro:	**Cidade:**	**UF:**	**Telefone(s):**

Este Termo de Consentimento livre e informado se refere à(s) cirurgia(s) a que serei submetido(a), e tem por finalidade esclarecer/explicar a natureza deste procedimento, suas consequências e riscos, bem como, após a compreensão de todos os termos e ciência dos mesmos, autorizar que seja realizado qualquer procedimento necessário pelo médico assistente _____ _____, CRM _____.

Procedimento(s) cirúrgico(s):	**Data da realização:** _____/_____/_____

Declaro que:

1 • Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do(s) procedimento(s) cirúrgico(s) descrito(s) acima.

2 • Declaro que durante todo este processo meu médico mostrou-se cuidadoso e atencioso, procurando explicar-me as causas dos meus sintomas e as possibilidades de cura, o(s) procedimento(s) cirúrgico(s) indicado(s) e suas possíveis complicações, das mais simples, corriqueiras e leves que podem ocorrer em todo e qualquer procedimento cirúrgico (seromas, hematomas, abscessos) às mais raras e graves (hemorragias, infecções, herniações, reoperações), respondendo todas as minhas indagações e dúvidas.

3 • Reconheço a impossibilidade de finalizar completamente estas explicações e/ou prever toda e qualquer possível complicação, em consulta ou em documento escrito, face a que a Medicina e a Cirurgia lidam com a natureza humana em toda a sua imprevisibilidade, mas tenho a certeza que meu médico tudo fará para a minha cura definitiva, caso possível, ou para a melhora da minha condição clínica, e que, caso complicações não desejadas e imprevistas ocorram, meu médico tudo fará para detectá-las e revertê-las o mais rápido, com o menor sofrimento e sequelas possíveis.

4 • Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do(s) procedimento(s) proposto(s). Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.

5 • Compreendo que durante o(s) procedimento(s) poderão surgir outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevistas. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o(s) proposto(s), podem ocorrer complicações graves, inclusive risco de morte.

6 • Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s), será necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiologista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas.

7 • Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

8 • Autorizo, ainda, a realização de transfusão de sangue ou hemoderivados, quando houver necessidade, em decorrência da minha condição de saúde. ☐ Aceito ☐ Não aceito

9 • Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes no Laboratório de Patologia da Fundação José Silveira.

10 • Me comprometo, assim como minha família, a ouvir o meu médico com a mesma delicadeza, cuidado e gentileza com os quais tenho sido tratado(a). Reconheço e acredito que a relação médico-paciente é fundamental para o sucesso de todo e qualquer tratamento e que a confiança, atenção e respeito mútuos entre o(a) médico(a), paciente e sua família são fundamentais e indispensáveis para que tudo chegue a bom termo.

11 • Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular ou qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

_____/_____/_____ **Data** _____ **Assinatura do paciente ou responsável**

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro que esclareci ao paciente e/ou responsável, sobre o(s) procedimento(s) cirúrgico(s) proposto(s), resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto, quando necessário. Respondi todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido.

Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

_____/_____/_____ **Data** _____ **Assinatura do médico / CRM**

976340