

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a realização de Procedimento Cirúrgico

| |
|---------------------------|
| Nome do Paciente: |
| Nome Social do Paciente: |
| Data de Nascimento: |
| Nome do Responsável: |
| Nome do médico cirurgião: |
| CRM do médico cirurgião: |

O(a) paciente e/ou responsável acima identificado DECLARA(M) que:

1- Encontra(m) -se no pleno gozo de suas faculdade mentais e AUTORIZA(M) o médico acima identificado e demais profissionais vinculados ao seu atendimento a realizar o(s) seguinte(s) procedimento(s) cirúrgico(s) em benefício do paciente:

| |
|-----------------------------------|
| Procedimento Cirúrgico Principal: |
| CID: |

2- Recebeu(ram) as informações detalhadas em linguagem compreensível quanto ao quadro clínico, diagnóstico inicial, formas alternativas de tratamento e possível prognósticos de cada método ou alternativa. E, que durante o procedimento para tentar curar, ou melhorar a(s) supracitada(s) condição(ões) poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis(fortuitas);

3- Estou ciente de que em procedimento(s) invasivo(s), como o citado, podem ainda ocorrer complicações gerais, como sangramento, infecções, abertura de pontos, problemas cardiovasculares, respiratórios, urinários, cicatriz com aspecto indesejado, entre outras;

| |
|--------------------------------------|
| Descrição de Possíveis Complicações: |
| |
| |

4- Declaro(mos) ter sido esclarecido(s) de que existe ainda a possibilidade de complicações inerentes a qualquer procedimento cirúrgico, como Infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial sistêmica transitória e embolia pulmonar;

5- Também fui informado(a) sobre as alternativas possíveis ao procedimento, as consequências de não realizar o exame/tratamento e os problemas que poderão ocorrer no período de recuperação;

6- Estou ciente de que, para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s), será necessário o emprego de anestesia ou sedação, cujos métodos, técnicos e fármacos aplicados serão de indicação e responsabilidade exclusiva do médico anestesista, estanco ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico;

7- Estou ciente de que, embora a anestesia moderna seja muito segura, não está isenta de riscos, e que, por isso, poderão ocorrer, raramente, problemas cardíacos ou respiratórios, tais como alterações na pressão arterial ou no ritmo cardíaco. Também não se descarta a possibilidade de ocorrer reações alérgicas, incluindo anafilaxia, afecções circulatórias, flebites, complicações infecciosas ou outros eventos adversos mais raros;

8- Por livre iniciativa aceito correr os riscos supracitados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os

procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

9- Estou ciente de que o Hospital adota todas as medidas ao seu alcance para a prevenção de infecções, há um risco inerente que deve ser considerado para fins de autorização do procedimento e que, de acordo com dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e com o *National Healthcare Safety Network (NHSN)*, as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica é de:

- Cirurgias limpas: até 4%;
- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%;
- Cirurgias contaminadas: até 17%.

10- Caso seja necessário, desde já autorizo(amos) a realização de transfusão de sangue ou de hemoderivados;

11- Em caso de NÃO PERMISSÃO de transfusão de sangue ou de hemoderivados, registra-se neste parágrafo a NÃO AUTORIZAÇÃO.

Declaro que não PERMITO a realização de transfusão de sangue ou hemoderivados.

12- Caso seja necessário, desde já autorizo(amos) que qualquer tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames de histopatológicos ou microbiológicos pertinentes;

13- Na forma do art. 22 do Código de ética Médica autorizo(amos) expressamente o(a) Médico e as equipes do Hospital a realizar o procedimento acima sugerido, bem como a realização de todas as etapas que o caracterizam, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que possam ser necessárias ao longo do procedimento, podendo o médico assistente valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Na hipótese de intercorrências que obrigue o médico a modificar a conduta, fica autorizado a tomar providências necessárias à solução dos problemas surgidos, segundo as técnicas profissionais disponíveis;

14- **Este parágrafo é destinado a pacientes que necessitem da utilização de órtese, prótese e materiais (OPME).** Fui esclarecido(a) de que, dependendo do caso específico, para realizar o(s) procedimento(s) especificados, poderá ser necessário o uso de OPME, de acordo com o julgamento exclusivo do médico assistente. Fui certificado de que, ocorrendo o uso de OPME, com o passar do tempo é possível que a placa, a órtese ou prótese implantada, especialmente em áreas perpendiculares, mas não exclusivamente nestas, pode fadigar e conseqüentemente quebrar, mesmo com o osso já consolidado. Se isso ocorrer poderá ocasionar a necessidade de realização de uma nova cirurgia para a retirada ou substituição da placa, da órtese ou prótese;

15- Estou ciente de que o ato médico em questão trata-se de obrigação de meio, motivo pelo qual não há garantia de obtenção de cura ou do resultado esperado ou desejado. Fui esclarecido(a) que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos imprevisíveis, complicados, graves e inesperados, bem como que todo procedimento cirúrgico, não importa qual a sua complexidade, possui risco de MORTE/ÓBITO do paciente, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica não é uma ciência exata e, por isso, não podem ser dadas quaisquer garantias nem certezas quanto ao resultado do tratamento médico ou cirúrgico realizado.

16- Fui(omos) orientado(s) a buscar retorno imediato ao Hospital se surgirem complicações posteriores ao procedimento ou ao tratamento que fui submetido(a), especialmente quando verificar dor, febre, abertura de pontos, tontura ou sangramento, dentre outros motivos anormais de saúde.

17- Fui orientado ainda sobre: _____
_____;

18- Estou ciente que após a alta hospitalar o(a) paciente necessita evitar a realização de esforços físicos até ter a liberação expressa para realizar isso por parte do seu médico, bem como que a não observância disso poderá causar agravo à sua saúde;

19- Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações destes documento, antes de sua assinatura;

20- Declaro ainda ter lido as informações contidas no presente instrumento, cujos termos técnicos me foram explicados em linguagem clara e compreensível, tanto em relação ao diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento, assim como pude fazer perguntas que me pareceram pertinentes que foram respondidas de forma satisfatória, restando plenamente atendidos o Art.34 do Código de Ética Médica (CEM) e os Arts. 9º e 39 Inc. VI do CDC;

21- Autorizo a realização de filmagem/fotografias do sítio operatório (preservando a identidade do paciente), bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente, também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a), sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro.

22- Em caso de NÃO permissão de filmagem/fotografia:

Declaro que NÃO permito a realização de filmagem/fotografia, durante meu procedimento cirúrgico.

23- Comprometo-me a respeitar integralmente as orientações recebidas das equipes profissionais, inclusive após a alta hospitalar, ciente de que sua não observância poderá prejudicar o tratamento e implicar risco à saúde do paciente.

Encantado, _____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente

Assinatura do Responsável pelo paciente

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro que expliquei de forma clara e objetiva sobre o procedimento ao paciente e/ou seu responsável, assim como os benefícios, riscos e alternativas, conforme descrito neste instrumento, tendo respondido a perguntas para esclarecer todas as dúvidas pertinentes.

De acordo com o meu entendimento, o paciente/responsável legal está em condições de compreender o tratamento proposto.

Assinatura e Carimbo do Médico