



TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS

Nome do (a) paciente:

Atendimento:

CPF:

Data de nascimento:

Idade:

Nome do responsável legal:

CPF do responsável legal:

Prezado (a) cliente, os dados abaixo visam orientá-lo (a) fornecendo-lhe informações sobre os procedimentos terapêuticos e os riscos que podem ocorrer em decorrência de um procedimento médico clínico ou cirúrgico.

Seu (sua) médico(a) está à disposição para esclarecer suas dúvidas.

Nome do médico: _____ CRM: _____

SOMENTE PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Cirurgia proposta: _____

Complicações mais frequentes: _____

Eu, ou seu representante legal, declaro para os devidos fins e efeitos de direito, que em orientações realizadas pelo médico acima indicado, fui informado (a) sobre as opções de tratamento da minha doença, e de acordo com as indicações do (a) médico (a) foram tentados os procedimentos menos invasivos, antes da proposta de tratamento cirúrgico.

Estou ciente que devo informar ao médico (a), antes da realização da cirurgia, todos os medicamentos que estou utilizando, pois muitos podem causar problemas operatórios, como sangramentos. Igualmente fui informado que as cirurgias podem levar a complicações conhecidas e outras imprevisíveis, inclusive com risco de morte, mas que tudo será feito para impedir seu aparecimento.

No caso específico da cirurgia indicada para meu tratamento fui informado (a) que as complicações mais frequentes são as que foram acima relacionadas e que compreendi seu significado. Também fui informado (a) a respeito de outras condições do quadro clínico pós operatório que podem ocorrer em razão de condições específicas de cada pessoa submetida ao tratamento.

Estou ciente ainda, que podem ocorrer complicações durante a cirurgia, por exemplo, sangramentos, e que para corrigi-los pode haver a necessidade de transfusão sanguínea, estando também ciente de que existem doenças como AIDS, hepatite, Doença de Chagas e outras que podem ser transmitidas por transfusão de sangue e seus derivados, embora todas as medidas para impedir essa transmissão sejam adotadas rotineiramente.

Entendo que não exista garantia absoluta quanto aos resultados a serem obtidos. Da mesma forma, fui informado (a) que existem complicações associadas à anestesia.

Tenho conhecimento de que durante a cirurgia ou pós operatório, possam aparecer novas situações que possam requerer procedimentos adicionais, como novas cirurgias ou outros procedimentos diferentes dos que constam nesse informe, visando sucesso do tratamento.

Autorizo se for o caso, que qualquer tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames ou utilizados com propósito médico científico.

São Carlos, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal



TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS

Nome do (a) paciente:

Atendimento:

CPF:

Data de nascimento:

Idade:

Nome do responsável legal:

CPF do responsável legal:

ORIENTAÇÕES PARA TRANSFUSÃO SANGUÍNEA

Recebi todas as informações quanto à transfusão de hemocomponentes e autorizo a infusão de sangue e hemoderivados de acordo com a necessidade e prescrição médica para sucesso do meu tratamento.

Esclarecemos ainda que:

1. Transfusão de sangue é usada para tratamento de diversas doenças, sangramentos em acidentes, cirurgias, defeitos na coagulação do sangue, anemia, neoplasias, etc.

2. Embora seja muito pouco frequente, a transfusão pode causar complicações (efeitos indesejáveis), por exemplo: reação febril, reação alérgica, aloimunização (semanas após receber a transfusão contendo glóbulos vermelhos, o paciente pode vir a fabricar anticorpos de última geração contra esses glóbulos vermelhos recebidos), hematoma no local da punção venosa, transmissão de doenças infecciosas (a chance de contaminação é extremamente baixa com a utilização de testes sorológicos de última geração).

Foi me dada a oportunidade de fazer perguntas que foram integralmente respondidas, bem como a opção pelo cancelamento do procedimento de transfusão.

NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO NA UTI

Quanto à necessidade de internação na UTI, declaro estar ciente dos procedimentos que possam ser realizados no respectivo setor como: passagem de sonda nasointestinal, passagem de sonda vesical, intubação oro traqueal, ventilação mecânica, passagem de cateter venoso central, de inserção periférica, passagem de dreno de tórax, traqueostomia, desfibrilação e cardioversão, inserção de cateter para controle de pressão intracraniana, endoscopia, colonoscopia, inserção de cateter para realização de hemodiálise, toracotomia exploradora, punção pericárdica, inserção de marcapasso, realização de fisioterapia, transporte para realização de exames como cateterismo, tomografia, ressonância magnética entre outros.

São Carlos, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal



TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS

Nome do (a) paciente:

Atendimento:

CPF:

Data de nascimento:

Idade:

Nome do responsável legal:

CPF do responsável legal:

Declarações

Declaro que nada omiti em relação à minha saúde e que informei todos os medicamentos que eventualmente esteja utilizando, assim como os utilizados anteriormente, ocorrências de reações alérgicas e que concordo que esta orientação passa a fazer parte do prontuário médico, ficando o profissional médico e a instituição autorizados a utilizá-la no amparo da defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em qualquer tipo de ofensa a minha pessoa.

Declaro que tenho ciência de que todo e qualquer procedimento necessário para o meu atendimento somente será realizado após serem prestados esclarecimentos pelo médico responsável. Informo que tenho ciência de que todos os procedimentos caracterizados como urgência/emergência serão realizados à critério médico, ficando desde já autorizados.

Declaro que a minha saída do hospital, sem a respectiva alta médica ou a pedido, será tida como evasão, assumindo responsabilidade civil e criminal sobre as ocorrências advindas deste caso, além dos riscos à saúde bem como de sua reabilitação.

Por ser a expressão da verdade, afirmo o presente em duas vias de igual teor e forma.

São Carlos, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

Declaração Médica

Declaro para os devidos fins, que esclareci a (o) paciente e/ou seu responsável legal, sobre o diagnóstico e prognóstico da doença, objetivo proposto, resultados esperados, possíveis tratamentos alternativos, riscos previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como sobre as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar os tratamentos.

Respondi à todas as perguntas formuladas pelo (a) paciente e/ou responsáveis e acredito ter sido compreendido.

São Carlos, ____ de _____ de 20 ____.

Carimbo/ Assinatura do Médico Assistente



**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS**

Nome do (a) paciente:

Atendimento:

CPF:

Data de nascimento:

Idade:

Nome do responsável legal:

CPF do responsável legal:

RISCO EPIDEMIOLÓGICO DECORRENTE DO COVID-19

Fui devidamente esclarecido (a) por meu médico cirurgião que estou completamente ciente dos riscos a qual estarei exposto (a) no pré-operatório imediato, sobretudo no período de internação, referente à possível e eventual contaminação pela COVID-19, também chamada DOENÇA PELO NOVO CORONAVÍRUS. Tal risco decorrerá do contato ou aproximação com outros pacientes infectados, mesmo que assintomáticos ou até mesmo com profissionais da saúde. Tenho ciência de que eventual infecção pela COVID-19 poderá provocar em meu organismo febre, dores musculares, dificuldade respiratória e, até mesmo a própria morte.

São Carlos, ____ de _____ de 2020.

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal