

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Procedimento Cirúrgico

Pelo presente termo, eu....._Paciente / __Responsável (Grau de parentesco.....),(nacionalidade),(estado civil), portador da Cédula de Identidade RG nº....., Inscrito no CPF sob o nº., Residente e domiciliado na Rua....., declaro para os devidos fins e efeitos de direito que:

1º) Fui informado (a) pelo médico (a) Dr.(a) CRM nº....., de que as avaliações e os exames realizados revelam a (s) seguinte (s) alteração (ões) e diagnóstico (s) de meu estado de saúde:

.....
.....
.....
.....

2º) Recebi todas as explicações necessárias das alternativas de tratamento propostas, sendo devidamente esclarecido (a) e informado (a) sobre as vantagens e desvantagens dos métodos possíveis, pelo que optei pela realização do procedimento cirúrgico denominado....., Com o qual concordo a ser submetido, e autorizo o médico acima e demais profissionais por ele selecionados, a realizarem o referido ato cirúrgico, comprometendo-me a seguir a todas as instruções pós-operatórios necessárias ao meu restabelecimento, que constarão em prontuário e/ou receituário médico, por ocasião de meu acompanhamento.

3º) Sou sabedor (a) que devo informar antes da realização da cirurgia, aos cirurgiões e anestésias, 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.

4º) Estou ciente da possibilidade de transfusão de sangue e seus componentes (hemácias, plasma fresco, crioprecipitado) durante a minha internação no Hospital Luxemburgo. Serei contactado pela Agência Transfusional (Banco de Sangue) onde será coleta uma amostra de sangue para classificação ABO/Rh e prova cruzada. Serão solicitados doadores de sangue que doarão à Fundação Hemominas.

5º) Também fui informado(a) que as cirurgias, independentemente 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, mas que tudo será feito para impedir o seu aparecimento.

6º) No caso específico da cirurgia indicada para o meu tratamento, fui informado(a) que as complicações mais frequentes são

.....
.....
.....

as quais me foram explicadas pelo(a) médico(a), tendo compreendido seus significados.

7º) Fui esclarecido (a) também que, inexistem 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 o uso de fumo e álcool podem prejudicar a cicatrização, limitando o sucesso da cirurgia.

8º) Estou ciente, ainda, de que podem ocorrer complicações durante o procedimento cirúrgico, e que estas intercorrências podem exigir providências imediatas, a critério do (a) médico, para assegurar minha integridade física e saúde. Assim, autorizo as medidas que forem necessárias, indicadas pelo (a) médico (a), incluindo eventual remoção de urgência, internação em unidade de terapia intensiva, remoções para outras instituições com recursos que meu caso exigir.

9º) 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 realizados.

10º) Tenho conhecimento que durante o procedimento cirúrgico ou no período pós-operatório, podem aparecer situações inusitadas que requeiram procedimentos adicionais e não previstos na presente data e descritos neste informe, que poderão ser indicados visando o sucesso do tratamento.

11º) 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.

12º) 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, com relação à cura da minha doença.

Consinto, portanto ao (a) médico (a) supra identificado 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 realiza o(s) procedimento (s).

Belo Horizonte,.....

Assinatura do paciente ou responsável legal.

Testemunhas:

Nome:

RG nº.

Nome:

RG nº.