



TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO

Este é um formulário-padrão de consentimento orientado para operações cirúrgicas. As informações aí contidas servem tanto para pequenas cirurgias como para grandes.

O presente formulário tem como objetivo oferecer-lhe dados sobre os riscos que, eventualmente, possam ocorrer em um procedimento cirúrgico. Caso surja alguma dúvida, não hesite em perguntar.

Procedimento informado e esclarecido para todos os tipos de cirurgia

Entendi que, para evitar sangramentos, não devo ingerir produtos que contenham aspirina (ácido acetilsalicílico) por 7 a 10 dias antes da cirurgia.

Reconheço que, durante a cirurgia ou no período pós-operatório, e mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico subscrito e os assistentes designados por ele a executarem os atos cirúrgicos ou os outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional dos mesmos, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se a todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico tenha sido iniciado.

Estou informado(a) de que existem riscos significantes, como perda severa de sangue, infecção e ataque cardíaco, que podem levar à morte ou à incapacidade parcial ou permanente, que podem acontecer durante o desenvolvimento de qualquer procedimento. Estou ciente de que nos casos de cirurgias abertas em que se faz incisão, podem ocorrer infecção, dor no local da incisão ou o aparecimento de hérnia (franqueza ou pequena abertura na parede muscular), levando à necessidade de futuro tratamento ou procedimento cirúrgico, e que a manipulação de alças intestinais e bexiga podem acarretar consequências inerentes ao procedimento.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário não pode incluir todos os riscos conhecidos ou prováveis de acontecer nesta cirurgia, mas, é a lista dos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro que não foram informados neste formulário de consentimento

Estou ciente de que não existe garantia ou segurança absoluta referente aos resultados deste procedimento ou referente à cura de minha condição.

Autorizo a administração de anestesia por um médico anestesista aprovado pelo meu médico. Compreendo que toda anestesia envolve risco ou complicações, com possível danos severos aos órgãos vitais, como cérebro, coração, pulmões, fígado e rins, que podem resultar em paralisia, ataque cardíaco e/ou morte cerebral por causas conhecidas ou desconhecidas.

Estou ciente que posso apresentar reações alérgicas desconhecidas por mim e pelos médicos aos medicamentos ou soluções utilizadas no procedimento.

No caso de cesária, estou ciente que o procedimento pode ser proposto pelo médico com o meu consentimento, caso haja indicação para a mesma.

Estou ciente de que qualquer aspecto deste formulário de consentimento que eu não consiga entender pode ser explicado para mim em maiores detalhes apenas perguntando ao meu médico ou aos seus associados. Certifico que o meu médico me informou sobre a natureza e características do tratamento para esta patologia, e dos possíveis riscos e complicações conhecidos, assim como dos benefícios antecipados envolvidos no tratamento proposto e nas formas alternativas de tratamento, incluindo o não tratamento.

Estou ciente de que o procedimento de cesárea pode ser proposto pelo médico sem o meu consentimento, caso haja indicação para a mesma.

PACIENTE:

Nome: _____ Idade: _____

Endereço: _____ Tel: () _____

Identidade nº: _____ Órgão expedidor: _____ Data da emissão: ___/___/___

Paciente () Representante Legal () Representante Familiar () Responsável ()



DECLARA:

Que o(a) Dr.(a) _____ CRM Nº _____

Instituição: _____ informou-me e esclareceu-me que, tendo em vista a hipótese diagnóstica de: _____

que acomete o (a) Senhor(a) _____ existe a indicação médica de se realizar o procedimento _____ como meio de se prevenir a evolução da enfermidade que se apresenta ou aliviar o sofrimento dos males por ela provocado.

Esclareceu-me os riscos potenciais para este procedimento, as características e as técnicas do procedimento médico a ser realizado, assim como os cuidados que devo seguir após a realização do mesmo e que me comprometo a observar. Assim, do modo como me foram prestadas as informações, em linguagem simples e clara, não me restou dúvidas a respeito dos riscos inerentes à realização do procedimento médico proposto.

Também está claro que, a qualquer momento antes da realização do procedimento médico proposto, este consentimento pode ser revogado.

Nestes termos,

CONSINTO

Que se realize o procedimento médico proposto: _____

_____ de _____ 20_____.

Paciente ou Representante
Nome: _____
CPF: _____
RG: _____

Médico (Assinatura e Carimbo)

Testemunhas:
Nome _____
CPF: _____
RG: _____

Nome _____
CPF: _____
RG: _____