

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO CIRURGICO

Eu _____, RG _____ autorizo a realização do Procedimento cirúrgico _____, indicado pelo Dr (a) _____, CRM _____ e sua equipe, por mim escolhido, médicos(a) credenciados(a) no Hospital São Paulo, sendo que tenho ciência do meu estado clínico sabendo das alternativas de tratamento propostos optei pela realização de procedimento cirúrgico.

Estou ciente, de que podem ocorrer complicações durante a realização do procedimento e que essas intercorrências podem exigir providências imediatas em situações imprevisíveis diferentes daquelas inicialmente propostas, a critério do(a) médico(a) para assegurar minha integridade física e saúde. Assim, autorizo as medidas que forem necessárias, indicadas pelo(a) médico(a), incluindo remoção de urgência, realização de exames clínicos ou radiológicos, internação em unidade de terapia intensiva (UTI) e outras medidas, inclusive remoções para outras instituições com recursos que meu caso exigir.

Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para esclarecimento diagnóstico ou tratamento e quem decidirá tal conduta é o médico responsável pela cirurgia.

Estou ciente ainda que pode haver a necessidade de transfusão sanguínea e que existem doenças com AIDS, hepatite, doença de Chagas e outras que podem ser transmitidas por transfusões de sangue e seus derivados, embora todas as medidas para impedir essa transmissão sejam adotadas rotineiramente, conforme procedimentos do banco de sangue.

Estou ciente que para realizar o(s) procedimento(s) indicado(s) será necessário o emprego de anestésico, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas inerentes ao procedimento, conforme consentimento livre e esclarecido específico já assinado.

Também fui informado(a) que não deverei tomar medicamentos sem o conhecimento de meu médico ou equipe de enfermagem, pois envolvem riscos e podem levar a complicações conhecidas e outras imprevisíveis.

Comprometo-me a informar o médico e a equipe responsável pela realização do procedimento se estiver grávida ou houver possibilidade de gravidez.

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 fui informado(a) das situações mais frequentes.

As crianças podem ser submetidas aos procedimentos objetos deste termo mas seus responsáveis estão conscientes de que há uma elevação natural dos riscos de complicações, o que é, ainda, agravado em recém nascidos e nas hipóteses de baixo peso.

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 meu tratamento, com relação à cura da minha doença.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 20__

() Paciente () Responsável

Nome Legível: _____ Assinatura: _____

Grau de Parentesco _____ Identidade n°: _____

CONFIRMO que expliquei detalhadamente ao paciente e seu responsável o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o procedimento acima descrito.

Médico Responsável

CRM:

Data: / / .