



Termo De Consentimento de Amputação de Membro

O presente termo de consentimento informado tem o objetivo de esclarecer ao paciente e ou/responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, completando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviço do Hospital Unimed.

Procedimento Cirúrgico de Amputação do Membro _____ **ao nível** _____

Lateralidade: () Direito () Esquerdo () Bilateral

Data da realização: ___/___/____.

Após ter sido informado (a) que as avaliações e exames realizados revelaram alterações, e existe em meu diagnóstico a indicação para realização de procedimento cirúrgico descrito acima, confirmo que:

1 - Recebi todas as informações, de forma clara, sobre as alternativas de tratamento, riscos, benefícios e complicações potenciais. Tive a oportunidade de realizar perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existem garantias absolutas quanto aos resultados a serem obtidos.

2 - Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgias que sejam necessários em decorrência de situações imprevistas e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos. Compreendo que em tais procedimentos, podem ocorrer complicações gerais, inclusive risco de morte.

3 - Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente durante o procedimento realizado seja encaminhado para exames complementares (histopatológicos ou microbiológicos), desde que necessário para os esclarecimentos diagnósticos terapêuticos.

4 - Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas.

5 - Estou ciente que posso solicitar esclarecimentos das dúvidas que possam surgir em qualquer fase do tratamento.

6 - Declaro que recebi as explicações, li, compreendi e concordo com o exposto.

Dúvidas quanto a AMPUTAÇÃO DE MEMBROS

O que significa? É a retirada parcial ou total de membro(s);

Quais são as indicações mais comuns? Em casos de arteriosclerose obliterante periférica, doenças arteriais inflamatórias, infecção periférica (principalmente diabéticos), trauma;

Quais são os riscos mais comuns? Infecção (principalmente por deficit circulatório), necrose de coto, neuromas (pequenos nódulos no local do corte do nervo), causalgia (dor no coto), dor no membro fantasma, possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (cicatriz grosseira) e sangramento com necessidade de transfusão sanguínea.

Sepultamento? Caso deseje sepultar o membro amputado formalize neste termo **SIM () NÃO ()**

Preenchimento pelo paciente ou responsável:

() Paciente Assinatura usual _____

() Responsável pelo paciente:

Nome: _____ **Grau de Parentesco** _____

Assinatura: _____ **Identidade nº:** _____

São José, ___/___/____.

Assinatura do médico CRM

Assinatura Responsável 1 RG

Assinatura Responsável 2 RG