

CONSENTIMENTO INFORMADO

PACIENTE: _____
Filiação: _____
Profissão: _____ Idade: _____ Estado civil: _____
CPF: _____ Identidade: _____ Órgão expedidor: _____ Data expedição: _____
Residência: _____
Cidade: _____ Estado: _____.

1. Este Termo de Consentimento Informado - Autorização é destinado a registrar a discussão e o entendimento prévio quanto ao tratamento proposto, bem como aos procedimentos necessários à execução do mesmo, sendo firmado entre o Médico assistente e o Paciente e/ou seu Representante Legal.

2. O **Serviço Médico Autônomo de Neurocirurgia**, através do(a) Dr(a) _____, solicita do Paciente e/ou seu Representante Legal, adiante qualificado(s), em razão do diagnóstico de _____, o CONSENTIMENTO para a execução do(s) seguinte(s) procedimento (s): _____

_____, a ser(em) realizado(s) no Hospital São Paulo, tendo sido prestadas, de modo objetivo e acessível, as informações necessárias para a real compreensão da cirurgia a ser executada restando claro que trata-se de procedimento(s) neurocirúrgico(s) de alta complexidade sendo realizado(s) por uma equipe de Neurocirurgiões, Neuroradiologistas e Neurologistas, devidamente treinados e qualificados para este fim, com o emprego de equipamentos mecânicos e/ou eletrônicos, além da administração de anestesia.

3. Foi exposto ao Paciente e/ou seu Representante Legal que a execução deste procedimento envolve um risco sério de acarretar complicações de ordens e graus variados, com causas conhecidas e desconhecidas. Tais reações adversas são agravadas se associadas a outros fatores de risco como, por exemplo: infecção de qualquer espécie; alergias; hipertensão arterial não controlada; tabagismo; alcoolismo; diabetes; obesidade; insuficiência renal; acidente vascular cerebral préviorecente; internação prolongada; insuficiência hepática; infarto do miocárdio recente; doença arteriosclerótica; câncer; desnutrição grave; idade avançada. Dentre as complicações relacionadas ao procedimento proposto as mais conhecidas e que apresentam um maior risco de ocorrência são: complicações cardiovasculares; neurológicas; pulmonares; renais; metabólicas; hidroeletrólíticas; hematológicas; hepáticas; gastrointestinais; dermatológicas; infecciosas e hemorrágicas, podendo acarretar tratamentos específicos e até mesmo re-operações.

4. É entendido que no caso concreto do Paciente podem estar associados outros riscos específicos de complicações na execução do(s) procedimento(s) proposto(s), tais como aqueles abaixo relacionados:

5. O Paciente e/ou seu Representante Legal está(ão) consciente(s) de que os serviços propostos correspondem a obrigação de meio, existe sempre o risco de que outros eventos adversos, inclusive relacionados a utilização de instrumentos e equipamentos diversos, bem como a anestesia, possam ocorrer, conexos ou não, às complicações acima previstas e alertadas, ficando claro, ainda, que dentre os riscos envolvidos no(s) procedimento(s) proposto(s) está a própria morte.

6. É compreendido, ainda, que os eventos adversos pertinentes ao(s) procedimento(s) proposto(s) decorrem do risco natural do tratamento, da própria anestesia e da situação do Paciente, ficando claro que não constituem mau exercício profissional, não sendo dado garantias nem segurança a respeito dos resultados que se esperam do procedimento proposto.

7. Foi esclarecido, ainda, que há a possibilidade de alteração do procedimento original no curso da citada cirurgia o que será avaliado, decidido e realizado, se for o caso, pelo profissional médico encarregado.

8. O Médico assistente, membro do Serviço de Neurocirurgia, fica, desde já, autorizado a solicitar a presença de outros especialistas, bem como de observadores na sala de cirurgia.

9. Tendo em vista as informações acima, o Paciente e/ou Responsável reconhece(m), expressamente, que o Médico assistente está colocando à disposição do Paciente um método para seu tratamento que pode, inclusive, não oferecer resultados satisfatórios para a sua patologia, inexistindo a garantia de cura e/ou ausência de complicações.

10. Ficou esclarecido também que, havendo necessidade, poderá ser realizada a contenção no leito, conforme prescrito pelo Médico e que haverá vigilância junto ao paciente pela enfermagem.

11. Sendo o momento oportuno, o PACIENTE, pessoalmente ou por seu Representante Legal, livre e espontaneamente, solicita(m) as seguintes informações sobre sua condição médica: (texto livre)

12. O PACIENTE e/ou seu Representante Legal teve(tiveram) oportunidade para preencher todos os espaços em branco, sendo que os campos não utilizados foram riscados pelo(s) mesmo(s) e, neste ato, declara(m) que as perguntas, devidamente registradas acima, referentes ao(s) procedimento(s) proposto(s), aos riscos envolvidos e das possíveis consequências quanto à não realização do tratamento sugerido, bem como quanto a eventual existência de procedimentos alternativos, foram satisfatoriamente respondidas e que estão cientes e de acordo com o(s) local(is) da cirurgia.

13. O(A) Paciente e/ou seu Representante Legal está(ão) ciente(s) que há a possibilidade de alteração do local do procedimento original no curso da citada cirurgia e/ou de nova cirurgia para continuidade do tratamento em região distinta daquela marcada originalmente acima, o que será avaliado, decidido e realizado, se for o caso, pelo profissional médico encarregado, com o que, desde já, concorda(m) e autoriza(m).

14. O PACIENTE e/ou seu Representante Legal afirma(m), ainda, ter(em) compreendido as advertências e as informações prestadas, estando consciente(s) da natureza, propósito, benefícios, riscos e alternativas ao(s) procedimento(s) proposto(s), tendo sido dada oportunidade para questionar(em) e contestar(em) as respostas fornecidas pelo Médico assistente, reconhecendo estar(em) completamente esclarecido(s) e suficientemente consciente(s) para declarar(em) o consentimento informado ao tratamento indicado.

15. Pelo presente, o PACIENTE e/ou seu Representante Legal, abaixo assinado, manifesta(m), expressamente, o CONSENTIMENTO INFORMADO – AUTORIZAÇÃO, assinando este Termo perante o Dr. _____,

_____ , neste ato representando o **Serviço Médico Autônomo de Neurocirurgia**, autorizando, sem restrições, a execução dos procedimentos necessários para a realização da cirurgia consentida, ficando, ainda, autorizada a realização de procedimento(s) adicional(is) caso se mostre(m) necessário(s) no curso do tratamento realizado.

16. Com o propósito de promover o desenvolvimento científico, o Paciente e/ou seu Representante Legal consente(m), também, com a realização de registros fotográficos, gravação em vídeo ou transmissão por televisão do procedimento proposto, ficando assegurado que não será revelada a identidade do Paciente.

17. Fica autorizado, ainda, o exame de qualquer órgão ou tecido eventualmente removido do paciente podendo ser tratado pela Equipe Médica e/ou Hospital para fins médicos, científicos e educativos.

18. Este documento pertence ao prontuário médico do Paciente.

Barretos, ____ de _____ de ____.

Paciente/Representante Legal: _____.

Assinatura: _____.

Serviço de Neurocirurgia

Médico solicitante: _____.

Assinatura: _____.

Testemunhas:

Nome:

CI:

CPF:

Nome:

CI:

CPF:

Este documento é válido somente em pacientes que serão atendidos no Hospital São Paulo.
Este documento não é autorizado para ser utilizado para outros fins.