



TERMO DE ESCLARECIMENTOS, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO COMPLEXIDADE II, III E IV

Nome do paciente:

Nome da mãe:

Data de nascimento:

Atendimento:

Data da internação:

Médico:

Eu _____,
Nº de identidade _____, Paciente Responsável
(Parentesco: _____), declaro que:

1º) Fui informado (a) pelo médico (a)/ odontólogo (a) de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões) e diagnóstico(s) de meu estado de saúde: _____

2º) Recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre os riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s);

3º) Estou ciente de que, durante o(s) exame(s) e/ou procedimento(s): _____

para tentar curar, ou melhorar as supra citadas condições, poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas pelos exames acima referidos, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis ou fortuitas e o tratamento/procedimento médico pode necessitar de cuidados diferentes daqueles inicialmente previstos;

4º) Estou ciente de que em procedimentos médicos invasivos, como o citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios. Além disso, as principais complicações associadas especificamente a este procedimento são as seguintes: _____

5º) Por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, excluindo-se os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a concretude singular de cada evento;

6º) Esta autorização é dada ao(a) médico(a)/odontólogo(a) _____ bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outros(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação;

7º) Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

8º) Consinto, portanto, ao(a) médico(a)/odontólogo(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) tratamento(s).

TERMO DE ESCLARECIMENTOS, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO COMPLEXIDADE II, III E IV

9º) Também fui informado(a) que os procedimentos cirúrgicos, independente 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, inclusive no pós-operatório, razão pela qual autorizo a equipe médica a realizar, nesses casos, qualquer procedimento adicional que vise o benefício, controle ou cura dessa ou de outra patologia.

10º) Fui informado(a) e estou ciente de que a documentação produzida durante minha operação, por profissional designado pelo meu médico, sejam fotos ou vídeos ou imagens histopatológicas, bem como dados do meu prontuário hospitalar, podem servir como fonte de consultas para atividades administrativas e científicas. Materiais remanescentes após análise que apresentarem interesse acadêmico podem ser, eventualmente, encaminhados para instituições de ensino.

Informo que concordo, expressamente com a execução de fotografias, filmagens, gravações RX e outros serviços afins do procedimento cirúrgico e autorizo a retirada desse prontuário pelo médico assistente contanto que seja preservada minha identidade.

11º) Autorizo que o material biológico coletado para exame anatomopatológico seja encaminhado para a equipe médica do Instituto de Patologia de Araçatuba (IPAT), por indicação do médico assistente; e autorizo, quando necessário, o esgotamento do material biológico na tentativa de realização do exame. Eventuais casos selecionados, de difícil conclusão diagnóstica, poderão ser enviados para laboratórios de consultoria no Brasil e no exterior.

12º) RISCO EPIDEMIOLÓGICO DECORRENTE DO COVID-19 - Fui devidamente esclarecido pelo meu médico cirurgião e estou completamente ciente dos riscos a que estarei exposto (a) no perioperatório, sobretudo no período de internação, referente a possível e eventual contaminação pelo COVID-19, também chamado de NOVO CORONAVÍRUS. Tal risco decorrerá do contato ou aproximação com outros pacientes infectados, mesmo que assintomáticos ou até mesmo, com outros profissionais da saúde e com materiais médico-hospitalares potencialmente infectados. Tenho ciência que eventual infecção com o COVID-19 poderá provocar em meu organismo febre, dores musculares, dificuldade respiratória e, até mesmo, a possibilidade de ocasionar meu óbito.

13º) **ANESTESIA:** Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico;

O tipo de anestesia vai depender do procedimento a ela associado.

Anestesia Geral: O paciente permanece inconsciente durante todo o procedimento, não tendo nenhuma percepção de dor, espaço ou movimentação.

Regional ou parcial: Apenas uma parte do corpo é anestesiada, podendo ser associada com sedação ou não. São exemplos de anestesia regional a peridural e a raquianestesia.

Sedação: Consiste na diminuição do nível de consciência, em que o paciente fica mais tranquilo e relaxado. É indicado para realizar procedimentos ou exames rápidos.

14º) Autorizo o procedimento anestésico adequado para o exame proposto, bem como outros procedimentos que o médico considere necessário frente a situações imprevistas relacionado ao ato anestésico que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.



TERMO DE ESCLARECIMENTOS, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO COMPLEXIDADE II, III E IV

15º) Eu reconheço que nenhuma garantia me foi dada sobre resultados, mais que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital Unimed Araçatuba para ser alcançados/ obtido o melhor resultado.

Araçatuba, _____ de _____ de _____.

Assinatura

Testemunhas:

1) Nome completo: _____ RG _____

Assinatura

2) Nome completo: _____ RG _____

Assinatura

Deve ser preenchido pelo médico:

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou seu (s) familiar (es), ou responsável (eis), o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o tratamento (s)/ procedimento (s) acima descritos.

Araçatuba, _____ de _____ de _____.

Assinatura e Carimbo do Médico assistente