



TERMO DE ESCLARECIMENTOS, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COMPLEXIDADE I

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

3º) Para tentar curar, ou melhorar a(s) supra citada(s) condição(ões) poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticadas pelo(s) exame(s) acima referido(s), assim como também poderá(ão) ocorrer situação(ões) imprevisível(eis) e o tratamento/procedimento médico pode necessitar de cuidados diferentes daqueles inicialmente previstos;

4º) Estou ciente 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) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s) será necessário o emprego de anestesia local, que será administrada pelo próprio cirurgião. Compreendo e aceito que a administração de anestésicos locais e/ou sedação pelo anestesista pode causar complicações, ainda que isto seja pouco frequente. Estas complicações estão relacionadas à alergia ao medicamento administrado ou sua absorção direta por uma veia, causando intoxicação aguda e suas consequências;

6º) 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 as particularidades de cada evento;



TERMO DE ESCLARECIMENTOS, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COMPLEXIDADE I

7º) Esta autorização é dada ao Dr. 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;

8º) 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;

9º) 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).

10º) Fui informado 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.

Araçatuba, _____ de _____ de _____.

Assinatura

Testemunhas:

1) Nome completo: _____ RG _____

Assinatura



TERMO DE ESCLARECIMENTOS, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COMPLEXIDADE I

2) Nome completo: _____ RG _____

Assinatura

Deve ser preenchido pelo médico:

Confirmando 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