

Nome do paciente: _____

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, eu _____
_____ () paciente () responsável pelo paciente acima
identificado, inscrito no CPF sob o nº _____, DECLARO, para todos os fins
legais, que recebi as orientações abaixo descritas do(a) profissional _____,
referente à realização do tratamento cirúrgico de _____

DECLARO que fui devidamente cientificado(a) de que o procedimento de _____
_____, por tratar-se de
procedimento cirúrgico invasivo, é passível de complicações, abaixo listadas, mas não limitadas a:

- Sangramento no local da punção do vaso sanguíneo;
- Acúmulo de sangue embaixo da pele no local da punção (hematoma);
- Lesões nos vasos sanguíneos abordados, sendo necessárias intervenções emergenciais para correção;
- Arritmias cardíacas;
- Infecções;
- Derrame cerebral (AVC);
- Ataque cardíaco (infarto do miocárdio);
- Havendo necessidade de uso de contraste iodado: Reações alérgicas, sendo as mais comuns as do tipo urticária e/ou angioedema (vermelhidão e inchaço da pele) ou asmátiforme (falta de ar e piado no peito) e também alteração na função dos rins;
- Internação prolongada;
- Incapacidade temporária ou permanente;
- Óbito.

Estou ciente que situações imprevisíveis, imponderáveis e emergências podem ocorrer, razão pela qual AUTORIZO, nestas circunstâncias, qualquer outro procedimento, exames, tratamento ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e outros hemocomponentes necessários para solucionar tais situações de acordo com suas características e peculiaridades técnicas.

Fui informado que, no período pós-procedimento, devo comunicar o meu médico e/ou retornar ao pronto atendimento do hospital em caso de sangramento no local da punção do vaso sanguíneo e de formação ou piora do hematoma, ou em caso de febre, vermelhidão ou saída de secreção do local do procedimento.

DECLARO ter compreendido que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independentemente do tipo de procedimento ou da eficiência dos cuidados médicos.

DECLARO que recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, tendo-me sido concedido o poder de decisão e, por livre iniciativa, AUTORIZO a realização do procedimento _____, CONCORDANDO, ainda, com a execução dos procedimentos preparatórios próprios, desde já, autorizados os médicos, seus auxiliares e técnicos a conduzir o procedimento ora consentido e demais que se façam necessários, CIENTE, ainda, de que tenho o direito de desistir, a qualquer momento, do tratamento proposto, mediante a revogação deste termo de consentimento.

DECLARO estar ciente que minhas informações pessoais estão protegidas pela lei geral de proteção de dados, e que os indicadores clínicos relacionados ao meu procedimento, poderão ser utilizados para otimização dos resultados internos do hospital e para produção de conhecimento médico, não havendo sob qualquer hipótese prejuízo a resolutividade do meu procedimento ou exposição de dados identificáveis.

Por fim, DECLARO ter lido todas as informações contidas no presente instrumento, bem como terem sido satisfeitas todas as dúvidas e questões através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre o procedimento e seus riscos, EXPRESSO meu pleno consentimento para realização do procedimento.

Chapecó (SC) _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____

RG/CPF: _____

Ass. Médico Assistente

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____