

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente:		Nº de Atendimento:	
Nome da Mãe do Paciente:			
Data de Nascimento:		CPF ou RG:	
Nome do Responsável:			
Nome do Médico:		CRM:	

O PACIENTE ou o RESPONSÁVEL acima identificado DECLARA que:


1 - AUTORIZA o médico acima identificado e demais profissionais do corpo clínico do Hospital a realizar procedimento cirúrgico de AMPUTAÇÃO DO(S) MEMBRO(S) abaixo identificado(s).

IDENTIFICAÇÃO DO(S) MEMBRO(S) A SER(EM) AMPUTADO(S):

2 - Informo ter recebido por parte do Hospital, orientações em relação a necessidade de realização do procedimento, bem como dos riscos que tal procedimento poderá ocasionar.

2.1 - Estou ciente que no curso do procedimento cirúrgico, podem ocorrer complicações relacionadas a anestesia, tais como: mudança do ritmo cardíaco, queda da pressão arterial, parada cardiorrespiratória com necessidade de tubo para prestação de assistência ventilatória, complicações relacionadas às anestésias na coluna, alergias aos anestésicos e em virtude de complicações destes sintomas, haja necessidade de internar na Unidade de Terapia Intensiva e óbito.

2.2 - Está ciente que a NÃO REALIZAÇÃO da amputação pode desencadear processo infeccioso grave no organismo do paciente que, ao final, pode levá-lo também ao ÓBITO ou pode desencadear outros agravos de saúde com diversas consequências, também desfavoráveis à saúde do paciente e óbito.

	FORMULÁRIO – CENTRO CIRÚRGICO	
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA AMPUTAÇÃO DE MEMBRO E SEU DESTINO	
	Código: F.HABF.138	Versão: 01

3 – Neste também decido:

() AUTORIZAR O DESCARTE DO MEMBRO AMPUTADO pelo hospital, seguindo as normas sanitárias e ambientais vigentes.

() NÃO AUTORIZAR O DESCARTE DO MEMBRO AMPUTADO pelo hospital, assumindo o dever de proceder o descarte do membro amputado (**Sepultamento Familiar**). Fica sob responsabilidade da família a contratação de serviços funerários no tempo máximo de 24 horas a partir da data da cirurgia. Após o procedimento, a família deverá receber o encaminhamento para sepultamento (Guiade Sepultamento Parcial). Igualmente, estou ciente que, ultrapassado o prazo estipulado para retirada, fica desde já, o Hospital autorizado a proceder com a destinação do membro amputado conforme as normas sanitárias e ambientais vigentes. Os custos de funerária e de cemitério são responsabilidades do paciente/representante legal.

Preenchimento Obrigatório pelo Paciente ou Representante legal:

Nome legível: _____ Assinatura: _____

CPF: _____ Telefone: _____

Grau de Parentesco ou vínculo: _____

(Obrigatório nos casos de representação)

Vila Velha/ES, ____ de _____ de 20 ____.

Eu: _____, CRM _____,

declaro que coletei este consentimento, informando previamente os riscos e esclarecendo eventuais dúvidas ao paciente/responsável.

Médico(a) – Assinatura