

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: _____

Nº do Prontuário: _____

Data de Nascimento: _____

CPF ou RG: _____

Nome da Mãe do Paciente: _____

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: bradicardia, hipotensão arterial, parada cardiorrespiratória com possibilidade de intubação orotraqueal e consequente assistência ventilatória mecânica, lesões raqui medulares, raquialgia, anafilaxia e óbito. E ainda, necessidade de transfusão de sangue e/ou hemocomponentes, bem como internamento em UTI (Unidade de Terapia Intensiva).

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 ao ÓBITO ou pode desencadear outros agravos de saúde com diversas consequências, também desfavoráveis à saúde do paciente.

	FORMULÁRIO – Atendimento	
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA AMPUTAÇÃO DE MEMBRO E SEU DESTINO	
	Código: F.HEC.503	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 (Guia de 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)

Vitoria/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