



FORMULÁRIO – CENTRO CIRÚRGICO

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Código: F.HABF.016

Versão: 00

Elaboração: 15/06/2022

PACIENTE: _____

Nome: _____ Idade: _____ anos

Endereço: _____ Tel.:() _____

Identidade n.º _____ Órgão Expedidor: _____ Data de emissão: _____

1. Autorizo o (a) Doutor (a) _____, CRM _____, e sua equipe de médicos credenciados a realizarem os seguinte(s) procedimento(s) invasivo(s) e/ou cirurgia(s):

2. Fui informado(a) pelo médico(a) de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(s) _____ e/ou _____ diagnóstico.

Se órgão múltiplo, especificar: () Direito () Esquerdo () Ambos ou nível: ___ Não se Aplica ().

3. Declaro que recebi as explicações necessárias quanto aos benefícios deste exame/procedimento.

4. Fui informado e reconheço que durante a operação/ procedimento ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que me foram informados anteriormente. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico _____ ou _____ médico _____ for _____ iniciado.

5. Estou ciente de que o procedimento(s) invasivo(s), como o citado, pode ser associado a complicações gerais como, não se limitando, mas a título exemplificativo, sangramento, infecção, problemas cardiovasculares, respiratórios, urinários, que podem inclusive ensejar necessidade de intervenção cirúrgica.

6. Fui informado sobre a possibilidade de ocorrência de dor relacionada ao procedimento em questão, e que para alívio e manejo da dor poderá ser necessário adotar medidas farmacológicas apropriadas.

7. Declaro que fui orientado (a), eu e/ou meu acompanhante legal, neste momento, sobre todas as informações necessárias sobre o procedimento e todos os riscos inerentes a esse procedimento, além dos possíveis _____ efeitos _____ colaterais _____ e _____ complicações.

8. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para esclarecimento diagnóstico ou terapêutico.

9. Declaro que fui informado (a) que poderei a qualquer momento antes do procedimento, revogar o meu consentimento.

10. Assim o assino por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta minha e de meu médico.

DATA: ____/____/____ HORA: ____: ____

Assinatura do paciente ou responsável: _____

Nome (em letra de forma): _____



FORMULÁRIO – CENTRO CIRÚRGICO

**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS**

Código: F.HABF.016

Versão: 00

Elaboração: 15/06/2022

RG: _____

Testemunha: _____

RG: _____

Deve ser preenchido pelo médico:

Expliquei todos os procedimentos, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos, e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura/CRM/carimbo médico responsável