

Termo de consentimento informado para cirurgias

Declaro que fui suficientemente esclarecido pelo Dr.(a) _____
sobre o procedimento a que vou ser submetido(a).

(nome do paciente): _____, do qual sou
responsável legal.

Nome do procedimento: _____.

Lateralidade (se aplicável) () Direito () Esquerdo

Fui informado pelo meu médico (a) sobre o diagnóstico, prognóstico, objetivos do tratamento cirúrgico, principais riscos, benefícios, probabilidade de sucesso e alternativas existentes ao procedimento proposto.

Fui também orientado (a) sobre a possibilidade de ocorrer complicações durante e após a realização do procedimento a que vou ser submetido, pois durante a realização de qualquer procedimento invasivo e/ou cirurgia existe o risco de acontecer situações imprevistas e complicações tais como: sangramento, complicações cardiovasculares, infecções, etc.

É possível que durante a realização do procedimento, seja necessária realização de biópsia e o material coletado ser submetido a uma análise anatomopatológica. O hospital encaminha esta amostra para laboratório cadastrado e o transporte é realizado de maneira que atenda a Legislação vigente.

Declaro ainda que fui informado sobre possíveis problemas relativos à recuperação e resultados decorrentes da minha recusa ao tratamento proposto.

Declaro ainda que não necessito de qualquer outro esclarecimento ou informações por parte do meu médico ou de sua equipe sobre o tratamento que serei submetido.

Existem implicações culturais e/ou religiosas que precisam ser declaradas: () Não () Sim

Estou ciente que posso solicitar esclarecimentos das dúvidas que possam surgir em qualquer fase do tratamento.

Pelo presente, declaro expressamente minha concordância e meu consentimento para a realização do procedimento acima descrito e o transporte de amostra, se for necessário.

São Paulo, de _____ de 20_____.

() Paciente () Responsável Grau de Parentesco: _____

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____

Testemunha: _____ RG: _____

Assinatura: _____

De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável está(ão) em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome: _____

Assinatura: _____

CRM e/ou carimbo (legível): _____