

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA CIRURGIAS

- 1) Declaro que fui suficientemente esclarecido pelo Dr. Nemi Sabeh Jr, sobre o procedimento a que vou me submeter.
- 2) João Pedro Siqueira Belle do qual sou responsável legal.
- 3) Nome do procedimento: Epifisiodesse de Fêmur
- 4) Lateralidade (se aplicável) Dois () Direito () Esquerdo Bilateral (x)

Fui informado pelo meu médico(a) sobre o diagnóstico, objetivos do tratamento cirúrgico, principais riscos, benefícios 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.

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 realização do procedimento acima descrito e o transporte de amostra, se for necessário.

Assis, 14 de Dezembro de 2018.

Nome: Silvana Anchi de Souza RG: 30.729.847-4

Assinatura: SAS

Testemunha: _____ RG: _____

Assinatura: _____

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

Nome: Nemi Sabeh Junior

Assinatura: _____

CRM e/ou carimbo (legível) _____

Dr. Nemi Sabeh Jr.
Ortopedia e Medicina Esportiva
CRM 104.568