

	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO</b>	<b>Código:</b>
		DC.NSP.00000-02
		<b>Versão:</b>
		<b>03</b> Criado em: 24/06/2020
Nome do arquivo:		DC.NSP.00000-02_ TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.docx

☐ Paciente    ☐ Responsável

Nome legível: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ GraudeParentesco: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ ☐ Não há testemunha

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

**Etiqueta  
do  
Paciente**

- Declaro que o Dr. \_\_\_\_\_ CRM Nº. \_\_\_\_\_ informou-me que, tendo \_\_\_\_\_ em vista o diagnóstico (ou a suspeita diagnóstica) de \_\_\_\_\_ conveniente e indicado o seguinte procedimento cirúrgico \_\_\_\_\_ e será meu cirurgião.
- Autorizo o mesmo a ter uma cópia do relatório cirúrgico, respeitados os critérios de confidencialidade e sigilo impostos pela legislação vigente.
- A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados pelo médico, assim como os riscos e complicações potenciais, especialmente os seguintes:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
- Autorizo a equipe médica a realizar, em caso de necessidade ou diante de um achado inesperado, quaisquer procedimentos adicionais que visem meu benefício, controle ou cura dessa ou de outra patologia.
- Autorizo a realização de fotos e/ou vídeos para documentação, que poderão ser utilizados com finalidades científicas, obedecendo-se os critérios de confidencialidade e sigilo impostos pela legislação vigente. ☐ Sim ☐ Não
- Assim, declaro que tive a oportunidade de fazer todas as indagações sobre meu tratamento e o procedimento a que serei submetido, sendo prontamente respondidas e esclarecidas todas as minhas dúvidas. Todavia, tendo em vista que a natureza da prestação dos serviços médicos é de meio, estou ciente dos riscos e que o resultado pode não ser o esperado.
- Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- Infecção Hospitalar: A portaria nº 2.616 de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos usando-se como parâmetro o NNIS (Nacional Nosocomial Infection Surveillance – Vigilância Nacional Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos que são:
  - Cirurgias Limpas – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório e urinário);
  - Cirurgia Potencialmente Contaminada – 10% (aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
  - Cirurgia Contaminadas – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizados e abertos, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui a obstrução biliar urinária.
  - Cirurgias Infectadas – 40% (são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e /ou tecido necrótico).

Baseados nos conceitos acima sobre infecção hospitalar, que me foram todos explicados, estou ciente de que nenhuma cirurgia é isenta de risco de infecção hospitalar, e consequentemente aceito esse risco.
- RISCO EPIDEMIOLÓGICO DECORRENTE DO COVID-19 - Fui devidamente esclarecido pelo meu médico cirurgião e estou completamente ciente dos riscos a que estarei exposto (a) no perioperatório e no pós-operatório imediato, sobretudo no período de internação, referente a possível e eventual contaminação pelo COVID-19, também chamado de NOVO CORONAVÍRUS. Tenho ciência que eventual infecção com o COVID-19 poderá provocar em meu organismo febre, dores musculares, dificuldade respiratória e, até mesmo, a própria morte, mesmo diante de todos os protocolos institucionais preventivos adotados pelo hospital. Declaro que estou ciente dos riscos informados, estou de acordo com a realização do procedimento e anestesia/sedação me comprometo a cumprir as orientações e normas de segurança para minimizar o risco de contaminação.
- Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os termos descritos e que me foi oportunizado anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse, podendo, inclusive, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize, mediante solicitação por escrito.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_.

Ass.: (Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

**DEVE SER PREENCHIDO PELO CIRURGIÃO:**

- ☐ Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.
- ☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Médico Cirurgião CRM