

Termo de consentimento informado para procedimento cirúrgico

| Código Nº: FQ-CCO-005 |
|-----------------------|
| Revisão Nº: 03 |
| Tipo: FQ |
| Página: 1/1 |

Setor: Centro Cirúrgico

O presente Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Hospital Adventista de São Paulo

| São Paulo. | | |
|--|---|---|
| Nome do Paciente: | R | G: |
| Nome do Médico: | C | RM: |
| Procedimento Cirúrgico: | | |
| Data da realização:/ | | |
| Fui informado que as avaliações e exames realizados revecom indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas sa Principais riscos cirúrgicos: | acima. benefícios e alternativas de tisfatoriamente. | |
| 4. Compreendo que durante o procedimento poderão aprese como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que podem ocorrer complicações gerais, inclusive risco de morte. 5. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico aneste alternativa. 6. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratame hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer espropostos. 7. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido histopatológicos ou microbiológicos pertinentes. 8. Confirmo que recebi explicações, li, compreendo e con | e em procedimentos médic será necessário o emprego esista, estando também ci ento e/ou cirurgia, incluir e necessitem de cuidados d cirurgicamente possa ser acordo com tudo que me | os invasivos, como o proposto, da anestesia, cujos métodos, as iente dos riscos, benefícios e ndo transfusão de sangue ou liferentes daqueles inicialmente r encaminhado para exames foi esclarecido e que me foi |
| concedido a oportunidade de anular ou questionar qualquer par tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento prop | | s quais não concordasse. Assim |
| Assinatura do paciente e/ou responsável: | | |
| | São Paulo, de | de |
| TERMO DE RESPONSA | BILIDADE MÉDIC | CA |
| Declaro que esclareci ao paciente/responsável, esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inestr | • | |

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondi todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

| Assinatura do Médico: | | | |
|-----------------------|------------|------|----|
| | | | |
| | São Paulo, | _ de | de |