

Colar etiqueta do Paciente

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Registro: _____

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
- PROCEDIMENTO CIRÚRGICO -**

O termo descrito abaixo tem o objetivo de informar e esclarecer dúvidas quanto ao(s) exame(s)/procedimento(s) a ser(em) realizado(s), visando o cumprimento ético e legal quanto aos riscos do(s) exame(s)/procedimento(s).

Eu, _____, inscrito no CPF sob o nº _____, paciente ou responsável, declaro que fui informado pelo(a) médico(a) Dr.(a) _____ de que as avaliações e exames realizados revelam alteração (ões) do estado de saúde, sendo diagnosticado _____.

Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado sobre os riscos e benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s).

Compreendo que durante o(s) procedimento(s): _____ para tentar curar, ou melhorar a(s) supracitada(s) condição(ões) poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticada(s) pelo(s) exame(s) acima referido(s), assim como também poderá(ão) ocorrer situações imprevisível(eis) ou fortuitas.

Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios.

Autorizo o médico identificado neste termo, bem como seus assistentes e/ou outros profissionais por ele selecionados a intervir no procedimento. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Confirmo que li, recebi explicações, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

☐ **PACIENTE** / ☐ **RESPONSÁVEL LEGAL**

Nome: _____ RG: _____

Data de nasc.: ____/____/____ Grau de parentesco: _____

São Paulo, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do **paciente/representante legal**

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, _____, CRM _____, médico(a) responsável pelo esclarecimento do procedimento, confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, o propósito, benefícios, riscos e as alternativas para tratamento descrito. Acredito que o paciente/responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

- ☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por tratar-se de situação de Emergência

São Paulo, _____ de _____ de 20____.

Assinatura / Carimbo do **médico**