

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO

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 Santa Paula.

### Os campos abaixo deverão ser preenchidos pelo médico

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o procedimento cirúrgico proposto.

Procedimento proposto: \_\_\_\_\_

Os principais riscos associados especificamente a este procedimento são: \_\_\_\_\_

O paciente e/ou responsável demonstrou entender o que foi explicado.

Nome do médico: \_\_\_\_\_

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

### Os campos abaixo deverão ser preenchidos pelo paciente e/ou responsável

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no RG sob o nº \_\_\_\_\_ ( ) paciente/ ( ) responsável declaro que:

1. Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alteração (ões) e diagnóstico(s) de meu estado de saúde, com indicação de realização do(s) procedimento(s) cirúrgico(s) descrito(s) acima.
2. Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto.
3. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis ou fortuitas.
4. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios.
5. Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto (s), será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos e benefícios e alternativa.
6. Autorizo o Dr acima citado, bem como seus assistentes e/ou outros profissionais por ele selecionados a intervir no procedimento.
7. 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.
8. Confirmo que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido 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.

Assinatura do paciente e/ou responsável: \_\_\_\_\_

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_ Horário \_\_\_\_:\_\_\_\_