

Nome Completo:
Data de Nascimento:
Nome da Mãe:

Autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) cirúrgico(s): VARIZES - TRATAMENTO CIRURGICO DE 2 MEMBROS

no membro localizado do lado () Direito () Esquerdo (x) Bilateral () Sem Lateralidade, pelo médico(a)/cirurgião(ã) – dentista abaixo identificado e sua equipe, credenciados(as) no Hospital Rede D'Or São Luiz – Unidade Ifor, após ter sido informado(a) do resultado das avaliações e exames. Desta forma, atesto que:

- I. Recebi do meu médico, supra identificado, todas as explicações necessárias das alternativas de tratamento propostas, sendo devidamente esclarecido(a) e informado(a) sobre as vantagens, desvantagens e riscos existentes na realização ou adiamento da cirurgia em questão, especialmente em razão da pandemia do Coronavírus (COVID-19).
- II. Estou esclarecido que o Hospital Rede D'Or São Luiz – Unidade Ifor está adotando as melhores práticas para aumentar a segurança assistencial durante os procedimentos cirúrgicos e atesto ter cumprido as orientações pré-operatórias.
- III. Entendo a orientação que os procedimentos cirúrgicos, independente de todos os cuidados a serem tomados, experiência profissional e técnica adequada a ser utilizada, sempre envolvem riscos e podem levar a complicações conhecidas e outras imprevisíveis, inclusive no pós-operatório, tais quais:

(x) Dor	(x) Sangramentos	(x) Infecção de Sítio Cirúrgico	(x) Reabordagem
(x) Cicatrizes	(x) Hematomas	(x) Outros	<u>TROMBOSE VENOSA PROFUNDA/ SUPERFICIAL</u>

Desta forma, autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento, incluindo transfusão sanguínea e/ou cirurgia que sejam necessários em decorrência de situações imprevistas e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos e atesto saber que não existem garantia ou segurança **ABSOLUTA** no resultado deste ato cirúrgico.

- IV. Autorizo a divulgação das informações médicas contidas em meu prontuário, exclusivamente para finalidade científica da Instituição desde que minha identidade permaneça anônima.

Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente durante o procedimento seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico e terapêutico. Declaro ainda que fui informado(a) de que todo material biológico coletado para exame anatomopatológico/citopatológico será encaminhado, por indicação do médico assistente, para o laboratório de anatomia Patologia Rede D'Or São Luiz, vinculado a unidade Assunção e localizado na Rua das Perobas, 266 – 1º Sub – Jabaquara – São Paulo – SP, telefone (11) 5018-4000, que tem como diretor técnico, Dr. Fernando Augusto Soares, CRM 40.110. Assim, fui esclarecido sobre os cuidados tomados para manuseio, acondicionamento e transporte para conservação do material biológico, até a sua entrada no laboratório de patologia, em conformidade com o disposto na Resolução CFM nº 2169/2017.

- V. Caso haja alguma produção de explante, material cirurgicamente retirado durante o procedimento, tais como próteses e parafusos implantados em abordagens anteriores, estou orientado que posso solicitar a retirada do material no setor de CME, caso seja possível realizar a desinfecção adequada. Entretanto, se não houver o interesse em retirar o material, após 10 dias, este será descaracterizado e encaminhado para a incineração,

Nome Completo:
Data de Nascimento:
Nome da Mãe:

realizada pela Silcon Ambiental LTDA, CNPJ nº 50.856.251/0002-21, empresa indicada pela Rede D'Or São Luiz – Unidade Ifor para gestão de resíduos infectantes, em cumprimento a RDC nº306 de 07 de dezembro de 2004.

vi. Autorizo a realização de filmagens/fotografias e, caso necessário, a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a)/ cirurgião(ã) – dentista, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro, assegurando o pleno sigilo de minha identidade.

vii. Recebi orientações sobre os riscos de ocorrer queimaduras de 1º e 2º graus em decorrência do uso de piercing, apliques capilares, cílios postiços, unhas gel ou qualquer outro ornamento que possua na sua composição algum tipo de metal ou cola. Ciente dos riscos, declaro não fazer uso de qualquer um destes adornos no momento do ingresso à sala operatória.

viii. Estou ciente de que, no momento da alta, deverei estar acompanhado por uma pessoa adulta.

ix. Estou ciente que posso solicitar esclarecimentos das dúvidas que possam surgir em qualquer fase do tratamento e declaro que recebi explicações, compreendi e tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas. Concordo com todo o exposto acima e que foi dado o direito de revogar este consentimento, em qualquer momento que preceda a realização do(s) procedimento(s) previstos.

Identificação do Responsável (Para menores de 18 anos ou na impossibilidade do paciente em consentir com o procedimento)

Nome Legível do Responsável: _____

Grau de parentesco: _____

Doc. Identidade do Responsável _____

Data do Consentimento Informado

São Bernardo do Campo, _____ de _____ de 20____

Horário: _____

Assinatura Paciente/Responsável

Preenchimento do Médico

Expliquei de forma clara e objetiva ao(a) próprio(a) paciente e/ou seu responsável, todo o procedimento previsto, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o(a) paciente acima referido(a) está sujeito(a), além dos benefícios, riscos e alternativas. Respondi às perguntas formuladas e de acordo com o meu entendimento, o(a) paciente e/ou seu responsável, está(ão) em condições de compreender o que lhes foi informado.

Dr André Luz Bertocco
Cirurgia Vascular
CRM SP 145830
RQE64670

Assinatura do Cirurgião(ã)