

Termo de Consentimento Esclarecido para Procedimentos Invasivos - Cirurgias

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA	
Nome:	_____
Filiação 1:	_____
Data de Nascimento: ____/____/____	Idade: _____
Convênio:	_____
Atendimento:	Leito: _____

Autorizo a realização do(s) procedimento(s) invasivo(s) e/ou cirúrgico(s) abaixo descrito (não utilizar siglas e abreviaturas):
VARIZES TRATAMENTO CIRURGICO DE 2 MEMBROS

Lateralidade: ☒ DIREITO ☒ ESQUERDO ☐ NÃO SE APLICA

Indicados pelo(a) Dr.(a) abaixo mencionado(a) e sua equipe credenciado na instituição **Rede D'or São Luiz São Caetano**.
DR ANDRE LUZ BERTOCCO - CRM SP 145830

Declaro que fui prévia e adequadamente informado(a) sobre o(s) procedimento(s), exame(s), tratamento e/ou cirurgia(s) a que serei submetido(a), quanto a indicações, benefícios, riscos, potenciais complicações e/ou efeitos adversos e colaterais, bem como, sobre alternativas de tratamento, após avaliação médica de minha condição clínica que me foi devidamente explicada. Na ocasião, tive a oportunidade de esclarecer todos os pontos e dúvidas existentes, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que a medicina não é uma ciência exata e que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos. O objetivo desta cirurgia é melhorar a condição de saúde do paciente e proporcionar alívio dos sintomas associados à condição específica que está sendo tratada. Os benefícios deste(s) procedimento(s) cirúrgico(s) e invasivo(s) incluem, mas não se limitam à: Melhoria na função ou recuperação de uma função comprometido, alívio da dor ou desconforto, prevenção da progressão da doença, melhoria da qualidade de vida e bem-estar geral, possibilidade de uma melhora a tratamentos subsequentes, melhora na aparência física (cirurgia estética).

Autorizo, ainda, a realização de quaisquer outros procedimentos, exames, tratamento e/ou cirurgia em situações imprevistas que possam ocorrer e necessite de cuidados diferentes dos inicialmente propostos. Estou ciente que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s), será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos serão indicados e explicados oportunamente pelo médico anestesista.

☐ Caso necessário autorizo a transfusão de sangue e hemoderivados.

☐ Não autorizo a transfusão de sangue e hemoderivados.

Estou ciente dos riscos e complicações que podem ocorrer durante e após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s) e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Alguns riscos são comuns aos procedimentos invasivos e cirurgias, tais como: dor, náuseas e vômitos, sangramento, alteração da pressão arterial, arritmias, necessidade de reoperação, dificuldade de deambulação, risco de infecção, alterações de sensibilidade, dificuldade de cicatrização, trombose e independente da complexidade do procedimento, podem ocorrer fatos imprevisíveis e há risco de óbito. Outros riscos do mesmo procedimento, caso aplicável, são descritos a seguir: ☐ Não aplicável.

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA, HIPERCROMIAS E MANCHAS

Fui informado que a dor pode ocorrer após o procedimento realizado e que as medidas para seu controle estarão disponíveis sempre que necessário. Compreendi a importância de comunicar a equipe do cuidado a ocorrência de dor.

Declaro que fui informado(a) de que, no caso de haver amostra de material biológico coletado para exame anatomopatológico durante o procedimento invasivo/cirurgia, tal material será transportado para um laboratório de patologia, conforme indicação do médico assistente. A amostra será devidamente acondicionada e o laboratório informado pela equipe médica será responsável pelo devido transporte para conservação do material até início do processamento do exame.

Estou ciente de que, para minha segurança, não posso realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) utilizando adornos (brincos, piercings, colares, pulseiras, relógios, anéis e alianças, cílios postiços, aplique de cabelo, unhas postiças, óculos, lentes de contato, maquiagem, próteses dentárias móveis).

Declaro que fui orientado quanta a riscos, benefícios, probabilidade de sucesso, possíveis resultados da falta de tratamento e alternativas cirúrgicas, ou não, para o tratamento de minha condição. Meu consentimento foi obtido antes da realização do procedimento invasivo.

Deve ser preenchido pelo paciente:

Confirmo que recebi explicações, li e compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para esclarecer todas as dúvidas antes do procedimento cirúrgico.

☒ Paciente ☐ Responsável ou Representante Legal – Grau de parentesco* _____

Nome completo: _____

Identidade: _____ Assinatura: _____

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Deve ser preenchido pelo(a) médico(a):

☒ Declaro que expliquei ao próprio paciente e/ou responsável, todo o procedimento, exame e/ou cirurgia a que o(a) paciente acima referido(a) está sujeito(a), sobre indicação, benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos.

De acordo com o meu entendimento, o(a) paciente e/ou responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

☐ Não foi possível a coleta deste consentimento, por se tratar de emergência.

Nome do(a) médico(a) / CRM ou Carimbo DR ANDRE LUZ BERTOCCO - CRM SP 145830	Assinatura: DR. ANDRE LUZ BERTOCCO CRM SP 145.830 RQE 64.670
--	---