

Colar etiqueta do paciente



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIAS

Declaro que fui suficientemente esclarecido pelo Dr.(a) _____
sobre o procedimento a que vou me submeter ou a que vai ser submetido(a) (nome completo do
paciente): _____, do qual sou responsável legal.

Nome do procedimento: _____

Lateralidade: () Direito; () Esquerdo; () Bilateral; () Não se aplica.

Fui informado pelo meu médico sobre o diagnóstico, prognóstico, objetivos do tratamento cirúrgico, principais riscos, benefícios, probabilidade de sucesso e alternativas existentes ao procedimento proposto.

Fui também orientado sobre a possibilidade de ocorrer complicações durante e após a realização do procedimento a que vou ser submetido, pois durante a realização de qualquer procedimento invasivo e/ou cirurgia existe o risco de acontecer situações imprevistas tais como: sangramento, complicações cardiovasculares, infecções etc. É possível que durante a realização do procedimento, seja necessária realização de biópsia e o material coletado ser submetido a uma análise anatomopatológica. O Hospital encaminha esta amostra para o laboratório cadastrado e o transporte é realizado de maneira que atenda a Legislação vigente. Declaro ainda que fui informado sobre possíveis problemas relativos à recuperação e resultados decorrentes da minha recusa ao tratamento proposto.

Estou ciente que posso solicitar esclarecimentos das dúvidas que possam surgir em qualquer fase do tratamento.

Também fui informado pelo meu médico de que a postergação do tratamento cirúrgico eletivo por causa da Pandemia COVID-19 poderá implicar numa piora do prognóstico da doença ou mesmo no agravamento da minha qualidade de vida, razão pela qual, mesmo ciente da maior possibilidade de exposição ao vírus pelo não isolamento social, declaro expressamente minha concordância e meu consentimento para a realização do procedimento acima descrito e o transporte de amostra, se for necessário.

São Paulo, ____ de _____ de 20____.

() Paciente () Responsável Grau de Parentesco: _____

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____

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

Nome: _____

Assinatura: _____

CRM e/ou carimbo (legível): _____