

TERMO DE ESCLARECIMENTOS, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COMPLEXIDADE I

Paciente:

Prontuário:

Atendimento:

Sexo:

D.Nascimento:

Leito:

Eu _____,

nº de identidade _____, Paciente / Responsável (Parentesco: _____), declaro que:

1º) Fui informado (a) pelo médico (a)/ odontólogo (a) de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões) e diagnóstico(s) de meu estado de saúde: _____;

2º) Recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre os riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s); Estou ciente de que, durante o(s) exame(s) e/ou procedimento(s): _____

3º) Para tentar curar, ou melhorar a(s) supra citada(s) condição(ões) poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticadas pelo(s) exame(s) acima referido(s), assim como também poderá(ão) ocorrer situação(ões) imprevisível(eis) e o tratamento/procedimento médico pode necessitar de cuidados diferentes daqueles inicialmente previstos;

4º) Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios. Além disso, as principais complicações associadas especificamente a este procedimento são as seguintes: _____;

5º) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s) será necessário o emprego de anestesia local, que será administrada pelo próprio cirurgião. Compreendo e aceito que a administração de anestésicos locais e/ou sedação pelo anestesista pode causar complicações, ainda que isto seja pouco freqüente. Estas complicações estão relacionadas à alergia ao medicamento administrado ou sua absorção direta por uma veia, causando intoxicação aguda e suas conseqüências;

6º) Por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, excluindo-se os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com as particularidades de cada evento;

7º) Esta autorização é dada ao Dr. bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outros(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação;

8º) Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

9º) consinto, portanto, ao(a) médico(a)/odontólogo(a) supra identificado a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

Araçatuba, _____ de _____ de _____.

Assinatura

Testemunhas:

1) Nome completo: _____

Nº de identidade: _____

Assinatura: _____

2) Nome completo: _____

Nº de identidade: _____

Assinatura: _____

Deve ser preenchido pelo médico:

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o tratamento(s)/procedimento(s) acima descritos.

Araçatuba, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA+CARIMBO DO MÉDICO