



TERMO DE ESCLARECIMENTOS, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PROCEDIMENTO CIRURGICO COMPLEXIDADE II, III E IV

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);

3º) Estou ciente de que, durante o(s) exame(s) e/ou procedimento(s): _____
_____.

para tentar curar, ou melhorar as supra citadas condições, poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas pelos exames acima referidos, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis ou fortuitas e o tratamento/procedimento médico pode necessitar de cuidados diferentes daqueles inicialmente previstos;

4º) Estou ciente de 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, cujos métodos, as técnicas e os fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico;

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 a concretude singular de cada evento;

7º) Esta autorização é dada ao(a) médico(a)/odontólogo(a) _____



TERMO DE ESCLARECIMENTOS, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PROCEDIMENTO CIRURGICO COMPLEXIDADE II, III E IV

_____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).

10º) Fui informado e estou ciente de que a documentação produzida durante minha operação, por profissional designado pelo meu médico, sejam fotos ou vídeos, bem como dados do meu prontuário hospitalar, podem servir como fonte de consultas para atividades administrativas e científicas.

Informo que concordo, expressamente, com a execução de fotografias, filmagens, gravações, RX e outros serviços afins do procedimento cirúrgico e autorizo desde já a exibição desse material contanto que seja preservada minha identidade.

Araçatuba, _____ de _____ de _____.

Assinatura

Testemunhas:

1) Nome completo: _____

Nº de identidade: _____

Assinatura: _____

2) Nome completo: _____

Nº de identidade: _____

Assinatura

Deve ser preenchido pelo médico:

Confirmando 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 e Carimbo do Médico