

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, portador(a) do documento de identidade nº _____, CPF nº _____, residente e domiciliado(a) à _____, telefone para contato _____, **DECLARO** que recebi do meu/minha médico(a) assistente, Dr(a) _____, CRM: _____, todas as informações necessárias sobre o meu diagnóstico e sobre o procedimento cirúrgico eletivo ao qual serei submetido, denominado _____, compreendo sua natureza, objetivos, benefícios esperados, alternativas existentes e riscos envolvidos. Afirmo, ainda, que tive a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer dúvidas, estando plenamente satisfeito com as explicações prestadas, conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico já assinado.

Tenho ciência dos riscos associados à internação hospitalar e à realização de procedimentos cirúrgicos, incluindo, mas não se limitando a infecções, reações adversas a medicamentos e anestesia, e demais intercorrências inerentes ao meu quadro clínico.

Estou ciente de que a equipe médica poderá adotar medidas adicionais ou realizar alterações na técnica inicialmente planejada durante a cirurgia, inclusive com a utilização de órteses, próteses ou outros materiais especiais, sempre que necessário para minha segurança ou para a eficácia do tratamento. Reconheço, ainda, que poderá haver necessidade de transfusão de sangue, sobre a qual fui devidamente esclarecido(a), ficando desde já pré-autorizada a sua realização.

Tenho ciência de que, mesmo com a adoção de todos os protocolos de segurança e prevenção pelo hospital e pela equipe médica e de enfermagem, não é possível eliminar integralmente os riscos inerentes ao procedimento.

Neste ato, autorizo que todo órgão ou tecido eventualmente removido durante o procedimento cirúrgico seja encaminhado para exames complementares, sempre que necessários ao esclarecimento diagnóstico ou ao adequado tratamento.

HOSPITAL

Unimed 

Presidente Prudente

Autorizo a realização de fotos e/ou vídeos para documentação, que poderão ser utilizados para estudos e tomadas de decisões.

Estou ciente de que tenho o direito de revogar este consentimento a qualquer momento antes do início da cirurgia, compreendendo, entretanto, que essa decisão poderá acarretar riscos à minha saúde em razão da não realização do procedimento, conforme já explicado pelo meu médico, sendo assim, a equipe médica, a equipe de enfermagem, a instituição hospitalar em que estou sendo atendido(a) e seus representantes estão isentos de qualquer responsabilidade civil, administrativa ou criminal decorrente, direta ou indiretamente, da minha desistências expressa, assumindo integralmente os riscos decorrentes desta decisão.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

PACIENTE

Realizada explicação de todo procedimento ao paciente acima identificado, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas. De acordo com o meu entendimento, o paciente está em condições de compreender o que lhe foi informado.

MÉDICO RESPONSÁVEL CRM Nº:

Presidente Prudente/SP, ____ de _____ de ____.