

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, 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.

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.

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 ____.