TERMO CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Eu, paciente _____, portador do documento de identidade nº _____, data de nascimento ____/____/_____, telefone (____)_____, **declaro que**:

1) Eu acima identificado, fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico _____.

2) Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado sobre os riscos e benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s).

3) Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis ou fortuitas.

4) Estou ciente de que, em procedimentos médicos invasivos, como o citado, podem ocorrer eventualidades gerais, como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares, respiratórios e outros.

5) Estou ciente de que, para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s), será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos serão indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas.

6) Autorizo, exclusivamente para finalidade científica, a divulgação das informações médicas contidas em meu prontuário, assegurando-se o pleno sigilo da identidade do paciente.

7) Autorizo o médico abaixo identificado, bem como seus assistentes e /ou outros profissionais por ele selecionadas a intervir no procedimento.

8) Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possa ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

9) Confirmo que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Uberaba, _____ de _____ de 20_____.

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

1) Nome:_____
Assinatura:_____
CPF nº: _____
Grau de parentesco do responsável: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO:

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas de tratamento descrito. Acredito que o paciente / responsável entendeu o que expliquei.

Médico (Nome completo) _____ CRM:_____
Assinatura: _____