



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Pelo presente instrumento, eu _____
declaro que fui suficientemente esclarecido (a) pelo médico (a)
_____ sobre os procedimentos
_____, a que vou me submeter, bem como do diagnóstico,
prognóstico, condutas pré-operatórias e pós-operatórias, riscos e objetivos do tratamento
_____.

Declaro também que:

a) Fui informado(a) de todos os cuidados e orientações que devo seguir a fim de alcançar o melhor resultado, estando ciente que o tratamento não se limita ao PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, sendo que deverei, além de seguir os cuidados e orientações do médico, retornar ao hospital nos dias determinados, bem como informá-lo imediatamente sobre possíveis alterações e problemas que porventura possam surgir;

b) Estou ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia da cura, que a sua evolução pode obrigar o médico a modificar as condutas inicialmente propostas e que o sucesso do tratamento depende ainda de reações orgânicas e características anatômicas de cada paciente;

c) Fui informado (a) das contraindicações, possibilidades de complicações cirúrgicas, infecções, efeitos colaterais, benefícios, alternativas de tratamento, bem como sobre os benefícios e/ou riscos de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da (s) enfermidade (s) diagnosticada (s), bem como da possibilidade de intercorrências por fatos adversos, de de pré-operatório e permanência no hospital superior a prevista;

d) Recebi informações que ficarei com cicatriz que decorre de toda a intervenção cirúrgica, podendo ocorrer a formação de quelóide (cicatriz alta com forma de cordão, podendo gerar irritação local) ou ainda cicatrização hipertrófica, que dependem das características pessoais de cada paciente;

e) Os termos médicos foram suficientemente esclarecidos, de forma clara e acessível e as dúvidas sobre o tratamento foram dirimidas;

f) Os esclarecimentos me foram transmitidos diretamente pelo médico (a), em processo dinâmico de diálogo, respeitadas minhas crenças e costumes.

Ciente de todas as informações acima referidas, pelo presente manifesto expresso minha concordância e meu consentimento para realização do procedimento acima descrito, bem como para realizar investigações necessárias e executar o tratamento, cirurgias, anestésias, transfusões de sangue e outras condutas médicas para o caso, com intuito de preservar minha vida, incluindo todos os meios necessários e disponíveis para tentar solucionar as situações

imprevisíveis e/ou emergenciais as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento.

Autorizo ainda o médico a suspender a operação em caso de intercorrência, inclusive no ato anestésico, que implique em aumento do risco cirúrgico.

No caso, de no futuro, vir a tornar-me incapaz de tomar decisões sobre minha saúde, indico como meu representante _____.

(nome completo e qualificação/ grau de parentesco do representante)

Declaro, por fim, ter compreendido e concordado com os termos desse consentimento, que assino por livre e espontânea vontade.

Vitória da Conquista, _____ de _____ de 20____.

(Nome e assinatura do paciente)

(Documento de identidade)

Testemunhas:

Nome: _____ Nome: _____

Doc. de identidade: _____ Doc. de identidade: _____

Assinatura do médico responsável: _____

CREMEB: _____

Conselho Federal de Medicina - Resolução CFM nº 1.931

Capítulo v - Relação com pacientes e familiares

é vedado ao médico:

ART. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.