

	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DURANTE PANDEMIA CORONAVÍRUS	CÓDIGO/REVISÃO/VERSÃO FOR.048.ASS.CIR.HRU 02/01/2023 V.07 R.00
SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	ÁREA: CENTRO CIRÚRGICO	PÁGINA: 1 de 1

Identificação do Paciente:

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

CPF: _____ RG: _____

Identificação do Responsável: *(No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal)*

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

CPF: _____ RG: _____

1. Declaro que fui informado, em linguagem clara e inteligível, pelo(a) Dr(a). _____ CRM nº. _____, diante do diagnóstico (ou a suspeita diagnóstica) de _____, da indicação de realização do procedimento _____. Autorizo a disponibilização de cópia do relatório cirúrgico ao médico citado, respeitados os critérios de confidencialidade e sigilo impostos pela legislação vigente.

2. A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados pelo médico, assim como os riscos e as complicações potenciais, especialmente: hemorragias, infecções, necessitando de reoperações e até mesmo óbito. Estou ciente de outros riscos: _____.

Tive a oportunidade de fazer perguntas e, quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

3. Estou ciente que o procedimento ao qual serei submetido se realizará na ocorrência da pandemia de COVID-19 (Coronavírus). Isto implica em riscos de infecção no período perioperatório, mesmo diante de todos os protocolos institucionais preventivos adotados pelo hospital. Declaro que estou ciente dos riscos informados, estou de acordo com a realização do procedimento cirúrgico e me comprometo a cumprir as orientações e normas de segurança para minimizar o risco de contaminação.

4. Autorizo a equipe médica a realizar, em caso de necessidade ou diante de um achado inesperado, os procedimentos adicionais necessários que visem meu benefício, controle ou cura dessa ou de outra patologia.

5. Entendo que serei submetido a procedimento anestésico sob a responsabilidade de um médico anestesiológico e que os riscos existentes me foram explicados claramente pelo anestesiológico.

6. Autorizo a realização de fotos e/ou vídeos para documentação, que poderão ser utilizados com finalidades científicas, observados os critérios de confidencialidade e sigilo impostos pela legislação vigente. Sim Não

7. Concordo em receber sangue e/ou hemoderivados conforme a indicação médica. Em caso de necessidade ou de risco de vida desde já autorizo a equipe médica a realizar transfusões.

8. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os termos descritos e que me foi oportunizado anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse, podendo, inclusive, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize, mediante solicitação por escrito.

Fortaleza, _____ de _____ de _____. Hora: ____:____.

Assinatura do paciente ou responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO CIRURGIÃO

- Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.
 Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.

Carimbo e assinatura do médico responsável