

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA

Nome _____

Data de Nascimento _____ / _____ / _____ Idade _____

Convênio _____

Registro _____ Leito _____

Paciente _____,

Data de Nascimento _____ / _____ / _____, RG nº _____,

CPF nº _____ . Atendimento _____ .

Pelo presente termo eu (nome completo) _____,

Responsável: grau de parentesco _____, nacionalidade _____,

estado civil _____, portador da Cédula de Identidade nº _____,

inscrito no CPF sob o nº _____, residente e domiciliado no endereço _____,

declaro para os devidos fins que:

• Fui informado(a) pelo(a) médico(a) Dr.(a) _____,

CRM nº _____, de que as avaliações e os exames realizados revelam a necessidade de indicação de realização

do(s) procedimento(s) _____;

• Recebi(emos) de meu médico, supra identificado, todas as explicações necessárias das alternativas de tratamento propostas, sendo devidamente esclarecido(a) e informado(a) sobre as vantagens, desvantagens e riscos existentes na realização ou adiamento da cirurgia em questão, especialmente em razão da pandemia do Coronavírus (COVID-19);

• Fui(omos) ainda esclarecido(s) que o **Hospital** _____ está adotando as melhores práticas para aumentar a segurança assistencial durante os procedimentos cirúrgicos;• Após os esclarecimentos que me foram prestados, optei(amos) pela realização do(s) procedimento(s) supracitado(s) com o qual concordo ser submetido(a) e **Autorizo** o(a) médico(a) acima e demais profissionais por ele(a) selecionados, a realizarem o referido ato cirúrgico, comprometendo-me a seguir a todas as instruções pré e pós-operatórias necessárias ao meu restabelecimento, que constarão em prontuário e/ou receituário médico, por ocasião de meu acompanhamento;

• Também fui informado(a) que os procedimentos cirúrgicos, independente de todos os cuidados a serem tomados, experiência profissional e técnica adequada a ser utilizada, sempre envolvem riscos e podem levar a complicações conhecidas e outras imprevisíveis, inclusive no pós-operatório, razão pela qual autorizo a equipe médica a realizar, nesses casos, qualquer procedimento adicional que vise o benefício, controle ou cura dessa ou de outra patologia.

Estou ciente da possibilidade de transfusão de sangue e seus componentes (hemácias, plasma fresco, crioprecipitado) durante este ato cirúrgico na **Rede D'Or** _____ e, se for necessário serei contatado(a) pela Agência Transfusional (Banco de Sangue) que procederá a coleta de uma amostra de sangue para classificação ABO/Rh e prova cruzada. Serão solicitados doadores de sangue que para o Banco de Sangue do Hospital;

- Igualmente sou sabedor(a) de que, apesar da capacidade técnica e dos esforços de meu(minha) médico(a), não existe garantia ou segurança ABSOLUTA no resultado deste ato cirúrgico;

- Autorizo, portanto, ao(à) médico(a) supra identificado(a) e/ou à equipe por ele designada, a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realizará o(s) procedimento(s);

- Informo também o recebimento de uma cópia deste documento para poder, a qualquer momento, esclarecer eventuais dúvidas antes da realização do(s) procedimento(s) indicado(s).

Assinatura do Paciente ou Responsável

Nome

Grau de parentesco

| Assinatura | Data | Hora |
|------------|-------------------|-------------|
| _____ | _____/_____/_____ | _____:_____ |

Assinatura do Médico

Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima;

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por recusa dos familiares/responsáveis/representantes legais.

Nome do Médico

| CRM | Assinatura |
|-------|------------|
| _____ | _____ |