

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DENOMINADO:

PACIENTE:

Nome: _____ Idade _____

Identidade Nº: _____ Órgão expedidor: _____ Estado: _____

Nº REGISTRO/HUOL: _____

OBS: CASO O PACIENTE ESTEJA IMPOSSIBILITADO DE ASSINAR, PREENCHER OS DADOS DO RESPONSÁVEL OU REPRESENTANTE LEGAL

RESPONSÁVEL/REPRESENTANTE LEGAL:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade Nº: _____ Órgão expedidor: _____ Estado: _____

1. Declaro que o Dr (a): _____ CRM _____ informou-me que, tendo em vista o diagnóstico (ou suspeita diagnóstica) de _____ será conveniente e indicada a realização do procedimento cirúrgico acima especificado.
2. Declaro que recebi todas as informações sobre a proposta do procedimento cirúrgico a ser realizado, 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. Estou ciente e fui informado que as técnicas operatórias a serem empregadas no meu tratamento são reconhecidas e validadas (aprovadas) pela comunidade científica, estando de acordo com a literatura médica especializada.
4. Tive todas as oportunidades de fazer perguntas sobre o procedimento, seus riscos e benefícios, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória, de fácil entendimento para mim ou meu responsável legal. Entendi que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

5. Estou ciente de que, em procedimentos médicos invasivos, especialmente dentro da área cirúrgica, sejam operações abertas ou por videolaparoscopia, como citado, podem ocorrer complicações gerais intra, trans ou pós-operatórias como sangramentos, infecções, problemas cardiovasculares, respiratórios, anestésicos, dentre outros, e os relacionados com o meu organismo em particular, de natureza biológica, individuais, como, por exemplo, alergias a antissépticos e medicamentos.
6. Entendo que serei submetido a procedimento anestésico sob a responsabilidade de um médico anesthesiologista, para a realização do procedimento cirúrgico proposto; procedimento este, que envolverá métodos, técnicas e medicamentos que serão utilizados pelo médico anestesista, estando eu, portanto, ciente dos riscos e benefícios que fazem parte de tal procedimento.
7. Admito ser conhecedor de que a equipe por este instrumento autorizada se utilizará dos meios necessários e suficientes para realização do procedimento, tomando cuidados básicos quanto à esterilização, manutenção de estabilidade trans-operatória e preservação da minha vida acima de tudo.
8. Declaro estar ciente de que serei acompanhado (a) por esta equipe no período pré, trans e pós-operatório pelo tempo que for suficiente (necessário) até a alta hospitalar.
9. **Autorizo o médico abaixo identificado, bem como seus assistentes (equipe cirúrgica) e/ou outros profissionais por ele selecionados a realizar e intervir no procedimento. Fui informado que os alunos do curso médico e/ou de odontologia, dependendo da especialidade e do curso da graduação em que estão matriculados, poderão assistir minha operação, porém em nenhum momento participarão efetivamente na realização da cirurgia (procedimento operatório em si).**
10. **Autorizo a equipe médica a realizar, em caso de necessidade ou diante de um achado inesperado, qualquer procedimento clínico, diagnóstico e cirúrgico adicional que vise ao meu benefício, controle ou cura desta ou de outra patologia, inclusive transfusão de sangue ou hemoderivados, em virtude de situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.**
11. **Autorizo a realização, por parte da equipe cirúrgica, sob o comando do referido cirurgião responsável, de fotos e/ou vídeos bem como a filmagem em tempo real de minha operação para fins de ensino e documentação científica no âmbito do Hospital Universitário Onofre Lopes/HUOL/UFRN, obedecendo-se os critérios de confidencialidade e sigilo sobre meus dados pessoais, impostos pela legislação vigente.**
12. **Fui informado e estou ciente de que a documentação produzida com a realização de minha operação, sejam fotos ou vídeos, bem como dados do meu prontuário hospitalar, podem servir como fonte de consultas para pesquisas e publicações científicas, bem como sua divulgação no meio acadêmico, após minha aprovação e a liberação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Unviersitário Onofre Lopes.**
13. **Em casos de cirurgias na face(no meu rosto), fui informado e estou ciente de que serão tomados todos os cuidados necessários para resguardar a minha imagem e evitar a exposição do meu rosto em todo o período da operação, estando os cirurgiões voltados principalmente na doença que ora sou portador, preservando minha identidade conforme a legislação e os princípios éticos vigentes.**

14. Comprometo-me a seguir rigorosamente as orientações que me forem dadas quanto ao uso de medicamentos, limitações de certas atividades diárias, esforços físicos exagerados, principalmente aqueles com possibilidades de traumatismo, e ainda, a comparecer nos dias agendados para as revisões prescritas da minha cirurgia.

15. Declaro que tive a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o meu tratamento e a operação a qual serei submetido, sendo-me prontamente respondidas e esclarecidas todas as minhas dúvidas. Estou ciente dos riscos explicados e possíveis de acontecerem, além de que o resultado pode não ser o esperado por mim, em virtude da natureza variável que abrange a atuação profissional da equipe médica.

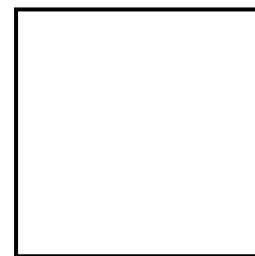
16. Confirmo que recebi explicações, li ou foi lido para mim este documento, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido, tendo tido a oportunidade de anular, questionar, alterar espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Todas as minhas perguntas foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo todo o conhecimento a respeito, autorizo a realização do procedimento proposto.

17. Por fim, entendi e tenho conhecimento pleno de que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação ou satisfação, posso recusar, revogar ou anular este consentimento, antes que o procedimento cirúrgico, minha operação, se realize.

Natal, ____ de _____ de _____.

Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável Legal)



Impressão Digital (Dactiloscópica)

Testemunha

RG:

Testemunha

RG:

MÉDICO RESPONSÁVEL (em situação de Emergência, dois médicos deverão assinar)

() Prestei todas as informações necessárias ao paciente e/ou seu representante legal, conforme termo acima.

() Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por se tratar de situação de Emergência

Natal, ____ de _____ de _____.

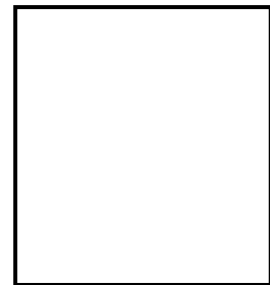
Médico, CRM Nº.

Médico, CRM Nº.

REVOGAÇÃO/ANULAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

Natal, __/__/____.

(Paciente) ou (Responsável/Representante Legal)



Impressão Digital (Dactiloscópica)