

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E  
ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO****Preencher quando não possuir etiqueta**

Nome social: .....

Nome: .....

Nome da mãe: .....

Data de nascimento: ...../...../ .....

Na qualidade de responsável pelo paciente acima identificado, após de receber esclarecimentos a respeito do meu diagnóstico ou do diagnóstico do paciente pelo qual sou responsável, fui informado sobre:

1. As alternativas de tratamento propostas, sendo devidamente esclarecido(a) sobre as vantagens e desvantagens dos métodos possíveis, pelo que optei pela realização do procedimento cirúrgico denominado \_\_\_\_\_, com o qual concordo e serei submetido ou submeter o paciente citado, e autorizo o médico e demais profissionais por ele selecionados, a realizarem o referido ato cirúrgico, comprometendo-me a seguir todas as instruções pós-operatórias necessárias ao meu restabelecimento ou restabelecimento do paciente citado.
2. Sou sabedor(a) que devo informar antes da realização da cirurgia, aos cirurgiões e anestesistas, TODOS os medicamentos que estou sendo utilizados, pois muitos podem causar problemas no período intra e pós-operatório, bem como TODOS os antecedentes mórbidos que não podem ser sumidos.
3. A respeito de procedimentos hemoterápicos (transfusão de hemocomponentes), declaro que:  
 Concordo em receber, se necessário.  
 Não concordo em receber e estou ciente dos riscos decorrentes dessa decisão.  
Declaro ainda, ter plena ciência que caso seja real a necessidade de transfusão de hemocomponentes cabe à equipe médica, determinar para a minha maior ou menor segurança, pela realização ou não da transfusão.
4. Que as indicações, independentemente de todas as condutas a serem tomadas, experiência profissional e técnica adequada a cada caso, pode haver intercorrências durante a realização do ato cirúrgico e suas repercussões, sendo que tudo será feito visando o melhor resultado e restabelecimento do paciente.
5. No caso da cirurgia indicada para o tratamento, fui informado(a) que as complicações mais frequentes são HEMATOMA, SEROMA, INFECÇÃO, CICATRIZ INESTÉTICA, RETRAÇÃO, ASSIMETRIA e DEISCÊNCIA, tendo como risco individualizado do procedimento:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
As quais foram explicadas pelo(a) médico(a), tendo compreendido seus significados.
6. Que inexistem formas e métodos eficazes para calcular com precisão e tempo, a capacidade e o resultado final da cicatrização de tecidos de pele, músculos, gordura, vísceras e ossos, após o procedimento cirúrgico. Fui também orientado(a) de que o uso de fumo e álcool podem prejudicar a cicatrização, limitando o sucesso da cirurgia.
7. Que podem ocorrer complicações durante o procedimento cirúrgico, e que estas intercorrências podem exigir providências imediatas, a critério do(a) médico(a), para assegurar a integridade física e saúde do paciente. Também quanto às medidas que forem necessárias, incluindo eventual remoção de urgência, internação em unidade de terapia intensiva, remoções para outras instituições com recursos que o caso exigir.
8. Que existem complicações associadas à anestesia proposta para a cirurgia, como reações alérgicas, pouco ou mais graves, aos anestésicos e demais medicamentos a serem realizados.

Elaboração:

Vinícios Silva Pereira

Revisão:

Corresponsável Qualidade - HCD

Aprovação:

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E  
ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**

9. Durante o procedimento cirúrgico ou no período pós-operatório, podem aparecer situações inusitadas que requeiram procedimentos adicionais ou não previstos na presente data e descritos neste informe, que poderão ser indicados visando o melhor resultado possível.
10. Que seria impossível para o(a) médico(a) descrever TODAS as complicações e/ou riscos possíveis de acontecer no tratamento que está sendo proposto, mas que fui informado(a) a respeito das situações mais frequentes.
11. Apesar da capacidade técnica e dos esforços de meu(minha) médico(a), não existe garantia ou segurança ABSOLUTA no sucesso do tratamento.

**DEVE SER PREENCHIDO PELO CIRURGIÃO**

- Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de Emergência.
- Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, devido o paciente estar sem acompanhante/sem condições de assinar no momento da indicação do procedimento cirúrgico.

Este Termo de Consentimento Informado e Esclarecido está de acordo com as disposições do Código de Ética Médica vigente a partir de 13 de abril de 2010, e publicado no Diário Oficial da União em 24 de setembro de 2009, em especial com o que determina o artigo 22, Capítulo IV:

“É vedado ao médico deixar de obter consentimento informado do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.”

Esta autorização é dada aos membros da equipe médica.

“Após todas as informações acima descritas e de toda conversa que mantive com o médico que aplicou o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, manifesto livremente a vontade de MANTER a decisão de me submeter, ou autorizar que o paciente por mim representado se submeta, ao procedimento proposto pela equipe médica.”

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente / responsável legal: \_\_\_\_\_

Nome do médico: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

Nome do responsável legal: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Testemunha - Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_