

CONSENTIMENTO CIRÚRGICO

Protocolo de Cirurgia Segura

(Norma Técnica Resolução SS-169 de 19/06/96)

(Preencher quando não houver etiqueta)

Paciente:

Registro: Idade:

Convênio:

Internação: / / Apto/Leito: /

DECLARANTE (paciente ou responsável).

Declaro que:

1. Autorizo a realização do(s) procedimento(s) invasivo(s) e/ou cirúrgico(s) abaixo especificado(s):
_____ no lado (quando aplicável) _____,
Indicado pelo(a) médico(a) abaixo mencionado(a), credenciado(a) ao HSV.
2. A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados, assim como os riscos e potenciais complicações, bem como, sobre alternativas de tratamento.
3. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
4. Autorizo qualquer outro procedimento, exame ou tratamento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer durante a presente cirurgia ou procedimento e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
5. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido durante a cirurgia ou procedimento seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento do diagnóstico ou tratamento.
6. Assim, declaro agora que estou satisfeito (a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do procedimento. Por tal razão, e nestas condições, dou o meu consentimento para que o mesmo seja realizado.
7. Também entendo que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

Paciente Responsável

Nome Legível: _____ identidade Nº _____

Grau de parentesco: _____ Assinatura: _____

São Paulo, _____ de _____ de _____ Hora: _____

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

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

São Paulo, _____ de _____ de _____ Hora: _____

Médico, CRM

Médico, CRM

Testemunha

Testemunha

REVOGAÇÃO: SP, _____ / _____ / _____ Hora: _____

(Paciente ou Responsável / Representante legal)