

NOME DO PACIENTE:

SEXO:

DATA NASCIMENTO:

NOME DA MÃE:

PRONTUARIO:

IDADE:

ATENDIMENTO:

MÉDICO ASSISTENTE:

DATA ATENDIMENTO:

LOCAL DO ATENDIMENTO:



Diretor Técnico Médico - Dr: Fernando Starosta de Waldemar - CRMRS - 27689

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Eu acima identificado, na condição de paciente do Hospital Mãe de Deus ou de responsável legal pelo paciente

, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais,

AUTORIZO o Dr.(^a)

, e todos os demais

profissionais vinculados a assistência, credenciados ao Hospital Mãe de Deus, a realizar o(s) seguinte(s) procedimento(s) cirurgico(s):

Este(s) procedimento(s) cirúrgico(s) me foi(ram) explicado(s) de forma clara pelo médico Dr.

tendo sido orientado(a) quanto aos seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis, tendo podido fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente, inclusive quanto aos benefícios e/ou riscos de não ser tomada nenhuma atitude diante da natureza da patologia diagnosticada.

Estou ciente de que poderão ocorrer, além dos efeitos da anestesia, sangramento, infecções, problemas cardiovasculares e respiratórios, entre outras complicações mais raras e complexas.

Estou ciente de que, para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s) será necessário emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista, estando ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico.

Estou ciente ainda que, consoante disposição legal expressa, do Código de Ética Médica, é vedado ao médico efetuar qualquer procedimento/tratamento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévio do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida.

Assim, se a evolução do quadro de saúde apresentado colocar a vida do paciente em risco, estou ciente de que serão adotados os procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis, na tentativa de afastar o perigo de vida apurado.

Por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) de forma como foi exposta no presente termo, inclusive quanto aos procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e emergências, as quais são conduzidas de acordo com o julgamento técnico do método acima autorizado e equipe, para que sejam, alcançados os melhores resultados possíveis, através dos recursos conhecidos da Medicina disponíveis no local onde se realiza(m) o(s) tratamento(s).

Declaro estar ciente dos riscos de contaminação pela COVID-19, popularmente conhecido como CORONAVÍRUS, em razão do ingresso no ambiente hospitalar, cujo vírus pode circular por meio dos próprios pacientes, tanto sintomáticos quanto assintomáticos. Da mesma forma, declaro também ter pleno conhecimento das possíveis consequências da contaminação pela COVID-19, podendo apresentar quadro de febre, dores musculares, dificuldades respiratórias e nos quadros mais graves, inclusive, evoluir para óbito.

Assim, declaro ainda estar ciente de todos os riscos adicionais ocasionados pela pandemia mundial da COVID-19, e do cenário de risco de contaminação a partir do ingresso ao estabelecimento de saúde, permanecendo também na fase pré-operatória, pós-operatória e posterior eventual internação hospitalar, estando de pleno acordo e aceitando todos os riscos que me foram amplamente cientificados pelo profissional médico em prol do procedimento que será realizado.

Certifico que este termo me foi explicado e que o li, ou que foi lido para mim e que entendi seu conteúdo.

Assinatura do paciente ou responsável

Assinatura do médico responsável

Testemunhas

Nome e RG

Nome e RG

Data do Documento:

NOME DO PACIENTE:

SEXO:

DATA NASCIMENTO:

NOME DA MÃE:

PRONTUARIO:

IDADE:

ATENDIMENTO:

MÉDICO ASSISTENTE:

DATA ATENDIMENTO:

LOCAL DO ATENDIMENTO:



Diretor Técnico Médico - Dr: Fernando Starosta de Waldemar - CRMRS - 27689

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA ou SEDAÇÃO

Eu acima identificado, na condição de paciente do Hospital Mãe de Deus ou de responsável pelo paciente, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais,

AUTORIZO o Dr.(^a)

e todos os demais profissionais vinculados a assistência, credenciados pelo Hospital Mãe de Deus, a realizar o seguinte procedimento

anestésico/sedação: Anestesia Geral Bloqueio Regional Sedação Suporte Vital

Outros:

Declaro que fui esclarecido(a) que este procedimento anestésico/sedação é necessário para a realização do procedimento o qual, no momento, é proposto para realização. Este procedimento anestésico/sedação me foi explicado de forma clara pelo médico, acima citado, tendo sido orientado(a) quanto aos seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis, tendo podido fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente, e tendo compreendido quer antes, durante e depois do procedimento, de acordo com as necessidades de cada caso, serão realizadas monitorização cardíaca, verificação de pressão arterial, da concentração de oxigênio no sangue, do gás carbônico expirado, diurese, temperatura corporal, perda de líquidos, sangue, entre outros controles.

Tenho conhecimento de que o médico assistente deverá conhecer o meu (do paciente) estado de saúde prévio, doenças passadas, medicações em uso, doenças familiares, e que isso é importante para o planejamento da anestesia, motivo pelo qual me comprometo a prestar-lh e tais informações.

Fui informado(a) que as ações médicas necessárias para promover o estado de anestesia/sedação ou a própria cirurgia podem desencadear complicações tais como: dificuldades respiratórias, transtornos cardíacos e vasculares, reações alérgicas ou tóxicas, lesões bucais, na pele, alterações neurológicas, entre outras mais graves e complexas.

Durante o procedimento cirúrgico poderá haver necessidade de complementação da anestesia com a adição de outras drogas ou outras técnicas (anestesia parcial complementada com anestesia geral ou geral complementada com bloqueio), buscando sempre o melhor resultado.

Estou ciente ainda que, consoante disposição legal impressa, do Código de Ética Médica, é vedado ao médico efetuar qualquer procedimento/tratamento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévio do paciente ou do seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida.

Assim, se a evolução do quadro de saúde apresentado colocar a vida do paciente em risco, estou ciente de que serão adotados os procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis, na tentativa de afastar o perigo de vida apurado.

Certifico que este termo me foi explicado e que o li, ou que foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Assinatura do paciente ou responsável

Assinatura do anestesista responsável

Testemunhas

Nome e RG

Nome e RG

Data do Documento: