

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Página 1 de 2

HOSPITAL DE CARIDADE DR. ASTROGILDO DE AZEVEDO - HCAA, entidade civil, sem fim lucrativo, inscrita no CNPJ sob o nº: 95.610.887/0001-46, com sede e foro na cidade de Santa Maria, RS, através do presente Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Hospital de Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo.

Cliente: _____

Identidade: _____

CPF: _____

Responsável: _____

Identidade: _____

CPF/CNPJ: _____

Médico: _____

CRM: _____

Procedimento cirúrgico: _____

Data da realização: _____

1. Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima.
2. Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.
3. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais, inclusive risco de morte.
4. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativa.
5. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
6. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.
7. Confirmando que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.
8. O declarante informa, sob as penas da lei, que prestou todos os esclarecimentos ao médico assistente e sua equipe, bem como, aos funcionários do hospital de todos os detalhes de sua condição clínica, seu histórico médico e suas eventuais alergias e/ou intolerâncias, possibilitando com isto que a falta ou mesmo a existência destas condições não declaradas, possam comprometer a escolha do método cirúrgico e da forma de tratamento do paciente.

Assinatura do paciente e/ou responsável:

Santa Maria, ____ de _____ de 2017



HOSPITAL DE CARIDADE DR. ASTROGILDO DE AZEVEDO

CNPJ: 95.610.887/0001-46 INSCRICAO MUNICIPAL: 895702

AV. PRESIDENTE VARGAS,2291 - CENTRO - SANTA MARIA/RS - CEP:97015-513

ENT. PRIVADA SEM FINS LUCRATIVOS RECONHECIDA COMO UTILIDADE PUBLICA MUNICIPAL,ESTADUAL E FEDERAL

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondi toadas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

Assinatura do Médico:

Santa Maria, ____ de _____ de 2017