

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS

Pelo presente Termo, eu:

Nome do Paciente: **DT Nascto:** **CPF:** **Nome Responsável Legal:** **DT Nascto:** **CPF:** Declaro que fui suficientemente esclarecido pelo **Dr.(a)**
sobre o procedimento a que vou ser submetido(a).**Nome do procedimento:** **Lateralidade:** **Direito** **Esquerdo** **Não se Aplica**

Fui informado pelo meu médico (a) sobre o diagnóstico, prognóstico, objetivos do tratamento cirúrgico, principais riscos, benefícios, probabilidade de sucesso e alternativas existentes ao procedimento proposto.

Fui também orientado (a) sobre a possibilidade de ocorrer complicações durante e após a realização do procedimento a que vou ser submetido, pois durante a realização de qualquer procedimento invasivo e/ou cirurgia existe o risco de acontecer situações imprevistas e complicações tais como: sangramento, complicações cardiovasculares, infecções, entre outros.

Poderão ser necessários a realização de exames adicionais, transfusões sanguíneas e outros procedimentos não previstos.

É possível que durante a realização do procedimento, seja necessária a realização de biópsia e o material coletado ser submetido a uma análise anatomopatológica. O hospital encaminha esta amostra para laboratório cadastrado e o transporte é realizado de maneira que atenda a Legislação vigente.

Declaro ainda que fui informado sobre possíveis problemas relativos à recuperação e resultados decorrentes da minha recusa ao tratamento proposto.

Declaro ainda que não necessito de qualquer outro esclarecimento ou informações por parte do meu médico ou de sua equipe sobre o tratamento que serei submetido.

Existem implicações culturais e/ou religiosas que precisam ser declaradas: **Sim** **Não****Caso sim, quais:**

Estou ciente que posso solicitar esclarecimentos das dúvidas que possam surgir em qualquer fase do tratamento.

Pelo presente, declaro expressamente minha concordância e meu consentimento para a realização do procedimento acima descrito e o transporte de amostra, se for necessário.

Cuiabá, de de .**Assinatura Paciente/Responsável:****Assinatura da Testemunha:****Nome:** **Nome:** **CPF:** **CPF:** **DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO(A)** De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou responsável está(ão) em condições de compreender o que lhes foi informado. Não foi possível a coleta deste termo, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.**Nome do Médico:** **Assinatura:** _____**CRM/Carimbo:**