Hospital Santa Rita
Único como a vida!

TERMO DE CONSENTIMENTO
Todas as Operações Cirúrgicas

Este é um formulário-padrão de consentimento orientado para operações cirúrgicas. As informações aí contidas servem tanto para pequenas cirurgias como para operações grandes em pacientes com várias complicações.

Estas informações não pretendem assustá-lo, e sim lhe oferecer dados sobre todos os riscos que eventualmente possa acontecer com procedimentos cirúrgicos. Por exemplo: em muitos operações há uma possibilidade muito remota de se precisar de transfusão sanguínea, mas, mesmo assim, a possibilidade de transfusão é mencionada. Esperamos que este formulário o ajude a compreender eventuais acontecimentos que venha a ocorrer depois da cirurgia. Se você não entender alguma coisa, PERGUNTE.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico abaixo e os seus assistentes designados por ele, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimento que, segundo o julgamento profissional deles, sejam nesse e desejáveis. A autorização concedida nesse parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for indicado.

Estou informado de que existem riscos significantes, como perda severa de sangue, infecção e ataque cardíaco que podem levar à morte ou à incapacidade parcial ou permanente que, podem acontecer durante o desenvolvimento de qualquer procedimento. Estou ciente que nos casos de cirurgias abertas, em que se faz uma incisão, podem ocorrer infecção, dor no local da incisão ou o aparecimento de hérnia (franqueza ou pequena abertura da parede muscular), levando à necessidade de futuros tratamentos ou procedimentos cirúrgicos.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista dos riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

Estou ciente de que não existe garantia ou segurança absoluta referente aos resultados deste procedimento ou referente à cura da minha condição.

Autorizo a administração de anestesia por um médico anestesiologista aprovado pelo meu número médico. Compreendo que toda anestesia envolve um certo risco ou complicações e possivelmente danos severos aos órgãos vitais, como cérebro, coração, pulmões, fígado e rins, que podem resultar em paralisia, ataque cardíaco e/ou morte cerebral por causas conhecidas ou desconhecidas.

Autorizo o uso de transfusões/ de sangue ou de derivados do sangue se forem necessários e indicados pelos médicos. Estou ciente que existem doenças que podem ser transmitidas por meio destes produtos derivados do sangue incluindo AIDS e hepatite. Estou ciente de que qualquer tecido ou órgão cirurgicamente removido pode ser utilizado pelo hospital ou pelo médico de acordo com a prático médica hospitalar.

Estou ciente que posso apresentar reações alérgicas desconhecidas por mim e pelos médicos aos medicamentos ou soluções utilizadas no procedimento.

Estou ciente que qualquer aspecto deste formulário de consentimento que eu não consiga entender pode ser explicado para mim em maiores detalhes apenas perguntando ao meu médico ou aos seus associados. Certifico que o meu médico me informou sobre a natureza e características do tratamento proposto para esta patologia, e dos possíveis riscos conhecidos, complicações, e dos benefícios antecipados envolvidos no tratamento proposto e nas formas alternativas de tratamento, incluindo o não tratamento.

Data: _____ / _____ / _____ Hora: _____ : _____

Assinatura do Paciente ou Responsável _____ Grau de Parentesco _____

Nome em letra de forma: _____ RG:_____

Testemunha: _____ RG:_____

O procedimento médico ou cirúrgico descrito neste formulário, incluindo os possíveis riscos, complicações, tratamentos alternativos (incluindo o não tratamento) e resultados antecipados, foram explicados por mim ao paciente ou ao seu responsável antes que o consentimento fosse assinado.

Assinatura do Médico _____

Nome em letra de forma: _____ CRM: _____

Apesar de seu médico poder dar-lhes todas as informações necessárias e aconselhá-lo, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

Revogação _____ / _____ / _____ Hora: _____ : _____

_____
Paciente ou Responsável / Representante Legal

Fonte: Sociedade Brasileira de Urologia