

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Eu, _____, inscrita no CPF/MF sob nº _____, declaro para devidos fins que fui prévia e adequadamente informada acerca da conveniência da realização e dos efeitos clínicos, adversos e colaterais, decorrentes dos procedimentos médicos/cirúrgicos abaixo indicados:

Procedimentos: _____

Indicação: _____

Declaro, ainda, ter sido informada pelo Dr(a) _____, inscrito no CRM/PR sob nº _____, de que os procedimentos médicos/cirúrgicos a que serei submetida, indicados pelo médico que me assiste, são necessários à manutenção de minha saúde, porém, oferecem alguns riscos, tais como:

- a) Hemorragias com possível necessidade de transfusão (intra ou pós-operatória);
- b) Equimoses ou hematomas no sítio cirúrgico;
- c) Lesões na uretra, bexiga e/ou ureteres;
- d) Lesões intestinais;
- e) Fistulas para bexiga, intestino e vagina;
- f) A longo prazo poderão ocorrer prolapsos (descensos) do útero e paredes vaginais ou hérnias incisionais, assim como a formação de queloides no local da cirurgia;
- g) Infecções, havendo probabilidade de evolução febril (urinárias, de parede abdominal, pélvicas, pulmonares, cardíacas ou referentes a outro local do organismo). A incidência destas infecções está relacionada com o tipo de cirurgia a ser realizada e medidas serão tomadas para minimizar ao máximo este risco, conforme as orientações do serviço de infecção hospitalar (SCIH) desta instituição;
- h) Nas curetagens uterinas podem ocorrer perfurações do útero. No caso de curetagens obstétricas, havendo persistência de riscos ovulares, uma segunda curetagem pode ser necessária.

Por livre e espontânea vontade, declaro que aceito me submeter aos riscos acima mencionados, bem como autorizo, de forma expressa e voluntária, a realização do(s) procedimento(s) nos termos descritos neste instrumento.

Esta autorização é concedida ao(à) médico(a) acima identificado(a), bem como a seus assistentes e a outros profissionais por ele(a) designados, para a realização do(s) procedimento(s). Fica igualmente autorizada a participação de outros profissionais, sempre que considerada necessária, de acordo com o julgamento técnico e profissional do(a) médico(a) responsável.

Toda as dúvidas relacionadas com o(s) referido(s) procedimento(s) foram amplamente esclarecidas, notadamente quanto a possível resultados insatisfatórios, com o risco de agravamento do quadro e cuidados posteriores que por mim devam ser observados.

Estou ciente de que efeitos adversos podem ocorrer, independente da boa técnica médica aplicada.

Consinto ao(à) médico(a) abaixo identificado (a) que realize o procedimento cirúrgico acima descrito, utilizando seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, considerando os recursos disponíveis neste hospital e maternidade.

Declaro, ainda, que me reservo ao direito de revogar a qualquer momento meu consentimento antes de o procedimento ser realizado. (nesse caso, a paciente deverá preencher o quadro abaixo):

REVOGAÇÃO (PREENCHIMENTO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL)

Revogo o consentimento prestado na data de ____/____/20____ e não desejo prosseguir com o procedimento, que dou com esta por finalizado.

Nome: _____

Assinatura: _____

Curitiba, ____ de _____ de 20____. Hora: ____:____.

Curitiba, ____/____/20____. Hora: ____:____.

Nome legível da paciente: _____

CPF/MF nº: _____;

Assinatura paciente

Nome legível do responsável: _____

Grau de parentesco: _____

CPF/MF nº: _____

Assinatura do responsável

() Paciente sem condições cognitivas, sem responsável presente, procedimento de urgência/emergência. Médico: Declaro que, dentro das possibilidades e das funções de compreensão apresentadas pela paciente, expliquei riscos, benefícios e alternativas, e que a paciente compreendeu.

Carimbo e assinatura médico