

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, CLÍNICO E
TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES**

PACIENTE	RESPONSÁVEL/ REPRESENTANTE
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p align="center">Cole aqui a etiqueta</p> </div> <p>Nome: _____</p> <p>RH: _____ DN: __/__/____</p> <p align="center">(Preencher somente na ausência da etiqueta)</p>	<p>Nome: _____</p> <p>_____</p> <p>Grau de Parentesco: _____</p> <p>RG: _____</p> <p>Telefone: (____) _____</p>

Declaro que o Médico (nome) _____ CRM: _____, explicou e entendi que meu Diagnóstico é _____

Devendo submeter-se ao procedimento _____

que deverão ser alcançados com a aplicação das seguintes técnicas:

1- Técnica Cirúrgica ou Terapêutica proposta: _____

2- Passos do Procedimento: _____

() Drenos () Sondas () Acesso Venoso Central – Intracath, Flebotomia ou PICC (Acesso Venoso Central via periférica) () Transfusão Sanguê:

A transfusão de hemocomponentes (concentrados de hemácias, plaquetas, plasma ou crioprecipitado) pode ser necessária para restabelecer a função normal do sangue, como por exemplo, em situações de anemias graves ou hemorragias, ou em decorrência de procedimentos cirúrgicos. Apesar de os hemocomponentes serem preparados respeitando critérios rígidos de controle de qualidade estabelecidos pelo Ministério da Saúde, a transfusão sanguínea pode apresentar riscos ao paciente, e por isso é sempre indicada de forma bastante criteriosa. Esses riscos incluem reações imediatas indesejáveis, como febre, calafrios e alergia, geralmente leves e tratáveis, mas em raríssimas ocasiões podem ser fatais. Apesar de os testes sorológicos utilizados atualmente apresentarem alta sensibilidade e segurança, há também um risco mínimo de transmissão de microorganismos que podem não ser detectados através desses exames.

3- Complicações Possíveis e/ou Efeitos Colaterais Terapêuticos: _____

4- Cicatrizes, dores e possíveis alterações advindas do ato: _____.

Entendo que podem ocorrer casos de insucessos, em grau, frequência e gravidade variável, isto é, a Cirurgia proposta ou Tratamentos (Terapêutica) acima mencionados, podem não alcançar o êxito desejado, podendo haver necessidade de se complementar com outra cirurgia ou tratamento, podendo ocorrer inclusive complicações inerentes aos procedimentos como:

- Hematoma pós-operatório (acumulo de sangue no local onde se faz a incisão ou punção, podendo inclusive ser necessário uma drenagem cirúrgica no futuro);
- Infecções pós-operatórias, locais e sistêmicas (no corpo) que às vezes requerem drenagens de coleções purulentas e uso de **antibióticos**;
- Deiscência (abertura dos pontos) da ferida operatória com a perda dos pontos dados, havendo algumas vezes necessidade de nova anestesia para refazer os pontos que abriram, granuloma de corpo estranho, seroma;
- Quelóides (cicatriz espessa, elevada e dolorida) e retração cicatricial;

- OUTRAS COMPLICAÇÕES: _____

Foi explicado, e EU ENTENDI que para a realização da Cirurgia Proposta e/ou Tratamento haverá necessidade de me submeter a uma anestesia, que será do tipo: _____

_____ e que foi explicado os seus riscos e benefícios.
Entendi que todo material que for extirpado, constituindo a peça operatória, deverá ser enviado (quando necessário) para estudo anatomopatológico para a confirmação diagnóstica de minha patologia.

Declaro também que nada omiti em relação a minha saúde e que informei todos os medicamentos que eventualmente esteja utilizando, assim como anteriores ocorrências de reações alérgicas.

Ficou claro que durante o ato cirúrgico, devido a algum fato inesperado, a equipe médica poderá modificar a técnica programada, visando sempre o êxito de minha cirurgia.

DECLARO e CONFIRMO mais uma vez, que entendi todas as explicações que foram fornecidas de forma clara e simples, inclusive permitindo que eu realizasse todas as perguntas e fizesse todas as observações que eu achei pertinente para entender o que ocorrerá comigo nesta intervenção cirúrgica, não ficando dúvidas sobre o procedimento e/ou terapêutica a que serei submetido (a) e que seria impossível para o(a) médico(a) descrever TODAS as complicações e/ou riscos possíveis de acontecer no tratamento que me está sendo proposto e que apesar da capacidade técnica e dos esforços da equipe médica, não existe garantia ABSOLUTA no resultado desta cirurgia, com relação à cura da doença.

Concordo que esta declaração passe a fazer parte integrante do prontuário médico, ficando o profissional médico e o estabelecimento hospitalar autorizados a utilizá-la no amparo e de defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em qualquer tipo de ofensa à minha pessoa.

Declaro que é possível a qualquer momento, antes da cirurgia REVOGAR o meu consentimento.

Por este **Termo de Consentimento Informado**, confirmo que estou satisfeito com as informações recebidas e que compreendo todos os riscos e benefícios decorrentes deste tratamento e por tais condições **CONSINTO** que se me realize o procedimento e/ou terapêutica (tratamento clínico): _____

Campinas, ____ de _____ de _____.

Médico

Paciente ou Representante ou Responsável

Testemunha: _____ R.G.: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: ____/____/____ e afirmo que não desejo prosseguir no tratamento que me foi proposto, que dou como finalizado nesta data, assumindo toda e qualquer responsabilidade pelos riscos aos quais me exponho e que me foram explicados, ao tomar esta decisão. Ainda assim ISENTO de qualquer responsabilidade o médico assistente.

Campinas, ____ de _____ de _____.

Médico

Paciente ou Representante ou Responsável