TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA ROBÓTICA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome completo:	
Data de nascimento: / /	Responsável pelo paciente:

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO/HOSPITAL	
Nome do médico:	CRM:
Procedimento:	

Definição: A cirurgia robótica consiste em uma técnica cirúrgica minimamente invasiva, com a provável diminuição da dor e do sangramento, pela qual o cirurgião manipula remotamente o robô. É realizada através de pequenos orifícios na área a ser operada, por onde se introduz uma câmera e instrumentos específicos ligados aos braços do referido equipamento, o que possibilita a visualização amplificada, tridimensional e em alta definição da região a ser operada, bem como a execução dos movimentos comandados pelo cirurgião de forma precisa, ágil e sem tremores.

Nos termos da legislação vigente, que garante ao paciente a plena informação sobre seu estado de saúde e sobre o procedimento a ser realizado, em pleno gozo de minhas faculdades mentais, **DECLARO** que:

i) Fui esclarecido(a) sobre as técnicas existentes para a realização do procedimento cirúrgico ao qual serei submetido(a), bem como sobre as alternativas, riscos, benefícios e possíveis complicações.

ii) Compreendo que, durante os procedimentos cirúrgicos propostos para tentar curar ou melhorar a condição de saúde apresentada, poderão surgir situações imprevisíveis ou fortuitas, motivo pelo qual, desde já, autorizo a equipe médica a intervir e utilizar todos os recursos disponíveis na Instituição.

iii) Estou ciente de que, em procedimentos médicos invasivos, como o citado, podem ocorrer complicações gerais, incluindo, mas não se limitando a, sangramento, hematoma(s), infecção (local ou disseminada), problemas cardiovasculares (alterações na pressão arterial) e respiratórios (alterações na respiração), bem como que, havendo comorbidades, os riscos e complicações podem ser potencializados.

iv) Fui informado(a) também de que, nos casos de procedimentos minimamente invasivos videoassistidos, com e sem auxílio de robô, podem ocorrer situações imprevisíveis que exijam a conversão do procedimento para uso de técnicas convencionais.

Estou ciente de que, para realização do(s) procedimento(s) acima especificado(s), poderá ser necessária a utilização de órteses, próteses e materiais especiais. Ainda, que poderá ser necessária transfusão de sangue, sobre a qual fui devidamente informado(a) dos riscos, ficando desde já pré-autorizados os referidos procedimentos.

i) Estou ciente de que, para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s), poderá ser necessária a aplicação de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesiologista. Estou ciente também quanto aos riscos,

benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico, e desde já manifesto meu de acordo em relação à adoção dos mesmos.

ii) Estou ciente de que o presente procedimento contempla o uso de técnicas não convencionais, que eventualmente não possuam cobertura contratual junto às operadoras/seguradoras de Planos de Saúde e, consequentemente, me responsabilizo, direta e exclusivamente, por todos os custos envolvidos com a internação, materiais, medicamentos e honorários médicos de toda a equipe envolvida.

iii) Foram observadas todas as orientações necessárias para o procedimento, bem como foram fornecidas à equipe médica as informações sobre o estado de saúde do(a) paciente, incluindo doenças, medicações às quais apresenta alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar, tendo recebido orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.

iv) Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas de maneira satisfatória. Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis de acontecer neste procedimento/tratamento, mas apenas os mais frequentes. Contudo, fui amplamente esclarecido(a) pelo médico assistente.

v) Li e recebi esclarecimentos de forma compreensível pelos médicos assistentes e equipe, incluindo o direito de revogação do consentimento dado, desde que seja feito por escrito e antes do início da realização do procedimento proposto.

Diante das afirmações acima evidenciadas, declaro ter plena ciência dos riscos e recomendações quanto ao procedimento a ser realizado e, por livre e espontânea vontade, **AUTORIZO** a realização da cirurgia robótica indicada pelo médico responsável, bem como a inclusão do presente Termo no prontuário médico quando de sua realização.

Declaro, finalmente, ter compreendido e concordado com todas as condições deste Termo de Esclarecimento e Responsabilidade, expressando minha concordância livre, esclarecida, irrevogável e irretratável mediante assinatura abaixo.

Sendo esta a expressão da verdade,

Taguatinga-DF, _____ de _____ de _____, às _____:_____.

_____
Ciência do paciente

_____
Responsável pelo paciente
CPF:
Grau de parentesco:

_____
Assinatura do médico cirurgião (CRM)