TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS E CIRURGIAS

Paciente:	
Data de nascimento: / /	CPF nº:
Responsável pelo paciente:	

Por este instrumento, o(a) paciente acima identificado(a) declara que:

Fui informado(a) pelo médico de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) hipótese(s) diagnóstica(s) de estado de saúde:

_____

_____

Recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre os riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s).

Estou ciente de que, durante o(s) seguinte(s) exame(s) e/ou procedimento(s), assim descritos:

_____

_____

para tentar diagnosticar, curar ou melhorar a(s) supracitada(s) condição(ões), poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticada(s) pelo(s) exame(s)/procedimento(s) acima referido(s), assim como poderá(ão) ocorrer situação(ões) imprevisível(eis) ou fortuita(s), e que estas intercorrências podem exigir providências imediatas. Assim, autorizo as medidas que forem necessárias, indicadas pelo(a) médico(a), incluindo eventual remoção de urgência, internação em unidade de terapia intensiva e remoções para outras instituições.

1) Estou ciente de que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais como: sangramento, infecção, insucesso do procedimento, alterações da pressão arterial e da respiração, abertura espontânea dos pontos da ferida operatória etc. Além disso, as principais complicações associadas especificamente a este(s) exame(s)/procedimento(s) são as seguintes:

_____

_____

2) Declaro também que tenho ciência de que seria impossível para o(a) médico(a) me descrever todas as complicações e/ou riscos possíveis de acontecer no tratamento que está sendo proposto, mas que fui informado(a) a respeito das situações mais frequentes acima.
3) Declaro igualmente que o referido médico, atendendo ao disposto nos artigos 22 e 34 do Código de Ética Médica, bem como no artigo 9º da Lei nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor) (abaixo transcritos), prestou informações detalhadas sobre o(s) procedimento(s) anestésico(s) proposto(s) e ora autorizado(s).
4) Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Declaro que fui devidamente esclarecido(a) quanto à eventual necessidade de transfusão de sangue, e que:

( ) Autorizo a realização da transfusão sanguínea.

( ) Recuso a realização da transfusão sanguínea pelo seguinte motivo:

_____

Estou ciente de que, diante da minha recusa em receber transfusão sanguínea, será analisada pela equipe médica a viabilidade da realização do meu procedimento.

5) Tenho conhecimento de que devo informar, antes da realização da cirurgia, aos cirurgiões e anestesistas, todos os medicamentos que eventualmente esteja utilizando, pois muitos podem causar problemas no período intra e pós-operatório, bem como ocorrências anteriores de reações alérgicas.

6) Estou ciente de que, em casos emergenciais, posso necessitar de procedimentos invasivos como: intubação orotraqueal, acesso venoso profundo, drenagem de tórax ou pericárdio, transfusão sanguínea, entre outros, e que, como todos os procedimentos invasivos, podem levar a complicações (sangramento, infecção, insucesso do procedimento, alterações da pressão arterial e da respiração, abertura espontânea dos pontos da ferida operatória etc.).

7) Por livre iniciativa, autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, conforme a indicação médica.

8) Caso seja necessário, o médico está autorizado a compartilhar dados e informações prestadas neste instrumento particular com outros profissionais da saúde, desde que sejam respeitados os princípios da boa-fé, finalidade, segurança e prevenção. Estou ciente e de acordo que todas as medidas de segurança, técnicas e administrativas foram tomadas para proteção dos meus dados e, caso ocorra um incidente de segurança que possa acarretar risco ou dano relevante, serei imediatamente comunicado(a), conforme artigo 48 da Lei nº 13.709/2018.

9) Esta autorização é dada ao(à) médico(a) _____ ou à sua equipe e/ou outro(s) profissional(is) por eles selecionado(s) a intervir nos procedimentos, de acordo com o seu julgamento profissional quanto à necessidade de coparticipação.

10) Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) exame(s)/procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações constantes neste documento, antes de sua assinatura.

11) Consinto, portanto, que o(a) médico(a)/equipe acima identificado(a) realize o(s) exame(s)/procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, através de recursos conhecidos na atualidade pela medicina e disponíveis no local onde se realiza(m) o(s) atendimento(s).

Código de Ética Médica – É vedado ao médico: **Art. 22.** Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 34. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Lei nº 8.078, de 11/09/1990 – Código de Defesa do Consumidor: Art. 9º – O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. **Art. 39** – É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços, dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.

TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS E CIRURGIAS

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

_____
Ciência do paciente

_____
Responsável pelo paciente
CPF:
Grau de parentesco:

_____
Médico responsável
(carimbo e assinatura)