

ETIQUETA:

Nome do Paciente: _____

Nº Atendimento: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

O Termo de Consentimento Esclarecido (TCE) é um documento assinado pelo paciente ou seu responsável, autorizando o médico a realizar um determinado procedimento diagnóstico ou terapêutico, após haver recebido as informações necessárias. Tem como finalidade garantir a autonomia do paciente e delimitar a responsabilidade do médico que realiza os procedimentos. O TCE deve ser sempre praticado segundo as normas do Código de Ética Médica e Recomendação CFM N° 01/2016, sem que se converta em um compromisso de resultados.

Autorizo o(a) Dr(a) _____

CRMSE _____, pertencente ao Corpo Clínico do Hospital Primavera, a realização do(s) seguinte(s) tratamento(s) e/ou procedimento(s): _____

_____,
(informar lateralidade: () direito () esquerdo () () não se aplica) no paciente acima identificado, após ter sido informado(a) do resultado das avaliações e exames, que revelaram o(s) seguinte(s) diagnóstico(s) e/ou alteração (ões): _____

Declaro, ainda, que:

1. Recebi explicações claras sobre as alternativas de tratamento, benefícios e complicações potenciais relacionadas ao procedimento proposto; entretanto, estou ciente que posso solicitar esclarecimento das dúvidas que ainda possam surgir em qualquer fase do tratamento, quando estará assegurado, por parte de meu médico-assistente, o seu devido esclarecimento;
2. Autorizo todo e qualquer outro procedimento, exame, tratamento, incluindo transfusão sanguínea e/ou cirurgia que sejam necessários em decorrência de situações imprevistas e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos;
3. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente durante o procedimento realizado seja encaminhado para exames complementares, desde que necessários para o esclarecimento diagnóstico e/ou terapêutico;
4. Reconheço que minhas condições pessoais (gênero, idade etc.) e clínicas (tabagismo, uso de álcool, doenças pré-existent, obesidade, desnutrição, etc.) podem interferir no resultado final do procedimento ou tratamento cirúrgico proposto;
5. Autorizo a utilização das informações assistenciais contidas em meu prontuário, exclusivamente para finalidades científicas, com a devida preservação de minha identidade;
6. Estou ciente ser de minha inteira responsabilidade a leitura integral deste Termo e declaro que, após a leitura consciente e detalhada, compreendi o seu conteúdo, tendo sido esclarecidas todas as dúvidas sobre o procedimento em questão e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e, quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória. Declaro, portanto, estar bem informado (a) tanto do procedimento cirúrgico quanto do anestésico, bem como dos riscos e cuidados inerentes a eles. Desta forma, assino abaixo e rubrico todas as folhas deste documento.

Aracaju, _____ de _____ de 20____. ☐ ☐

Paciente Responsável

Nome legível: _____

Assinatura: _____

Grau de Parentesco: _____

Identidade Nº _____ Órgão Emissor _____

A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO-ASSISTENTE:

Expliquei de forma clara e objetiva todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o (a) paciente acima referido(a) está sujeito(a), ao próprio(a) e/ ou seu responsável e também sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o(a) paciente e/ou responsável, está(ão) em condições de compreender o que lhe(s) foi informado.

Nome do médico _____

CRM _____

Assinatura: _____