

Nome completo: _____
Data de nascimento: _____
ou
Etiqueta do paciente

TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTOS DE AMPUTAÇÃO DE MEMBRO

Autorizo a realização de procedimento de amputação do membro abaixo discriminado, no nível anatômico em que for considerado necessário pelo cirurgião responsável e abaixo especificado,

No(a) paciente: _____

Declaro estar ciente dos limites anatômicos propostos da amputação e que estes poderão ser modificados no período intra- operatório pelo cirurgião responsável, visando os melhores interesses do paciente.

Membro a ser amputado (especificar lateralidade): _____

Recebi explicações claras sobre os potenciais benefícios, riscos, complicações e alternativas terapêuticas ao procedimento proposto e entendo que não pode haver garantia absoluta sobre os resultados desejados.

Autorizo o médico abaixo mencionado a realizar qualquer outro procedimento; exame; tratamento, incluindo transfusão de sangue e/ou derivados, bem como outros procedimentos cirúrgicos que ele julgue necessários em decorrência de situações imprevistas e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Autorizo, exclusivamente para finalidade científica, a divulgação das informações médicas contidas em meu prontuário, assim como a realização de filmagens e fotografias e suas veiculações, assegurando-se o pleno sigilo da identidade do paciente.

Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente durante o procedimento seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico.

Declaro que recebi explicações, compreendi e tive a oportunidade de esclarecer dúvidas, concordando com o exposto acima e que me foi dado o direito de anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse, assim como revogar por completo este consentimento em qualquer momento antes da realização do procedimento.

PREENCHIMENTO PELO MÉDICO

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

Médico: _____ CRM: _____

Assinatura: _____

São Paulo, ____ / ____ / ____ Hora: _____

Nome do paciente: _____

Responsável: _____ Parentesco: _____

RG: _____ Assinatura: _____



ACREDITADO PELA

