

TERMO DE ESCLARECIMENTOS E DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO OU PROPOSTA TERAPÊUTICA.

Pelo presente termo, eu.....(nome do paciente),.....(nacionalidade),.....(estado civil), portador da Cédula de Identidade RG n.º....., inscrito no CPF/MF sob n.º....., residente e domiciliado na Rua....., ou seu representante legal, .....(nacionalidade).....(estado civil), portador da Cédula de Identidade RG n.º....., inscrito no CPF/MF sob n.º....., residente e domiciliado na Rua....., declaro para os devidos fins e efeitos de direito que, em consulta com o(a) Dr(a)....., CREMESP n.º ....., profissional médico por mim escolhido, fui informado(a) que sou portador da moléstia..... e que após a realização de exames complementares necessários à investigação e conclusão diagnóstica, sabendo das alternativas de tratamento propostas, devidamente esclarecido(a) e informado(a) sobre as vantagens e desvantagens dos métodos possíveis, optei pela realização do procedimento cirúrgico denominado....., com o qual concordo a ser submetido, pelo que autorizo o(a) médico(a) acima e demais profissionais de sua equipe, a realizarem o referido ato cirúrgico, comprometendo-me a seguir todas as instruções pós-operatórias necessárias ao meu restabelecimento, que constarão em prontuário e/ou receituário médico, por ocasião de meu acompanhamento.

Sou sabedor(a) que devo informar antes da realização da cirurgia, aos cirurgiões e anestesistas, TODOS os medicamentos que estou utilizando, pois muitos podem causar problemas no período intra e pós operatório, como por exemplo, sangramentos durante a cirurgia.

Também fui informado(a) que as cirurgias, independentemente de todos os cuidados a serem tomados, experiência profissional e técnica adequada a ser utilizada, sempre envolvem riscos e podem levar a complicações conhecidas e outras imprevisíveis, mas que tudo será feito para impedir o seu aparecimento.

No caso específico da cirurgia indicada para o meu tratamento, fui informado(a) que as complicações mais frequentes são....., as quais me foram explicadas pelo(a) médico(a), tendo compreendido seus significados. Fui esclarecido(a) também que, inexitem formas e métodos eficazes para calcular com precisão o tempo, a capacidade e o resultado final de cicatrização de tecidos como pele, músculos, gordura, vísceras e ossos, após procedimento cirúrgico. Fui também orientado (a) de que o uso de fumo e álcool podem prejudicar a cicatrização, limitando o sucesso da cirurgia.

Estou ciente, ainda, de que podem ocorrer complicações durante o procedimento cirúrgico, e que estas intercorrências podem exigir providências imediatas, a critério do(a) médico(a), para assegurar minha integridade física e saúde. Assim, autorizo as medidas que forem necessárias, indicadas pelo(a) médico(o), incluindo eventual remoção de urgência, internação em unidade de terapia intensiva, remoções para outras instituições com recursos que meu caso exigir.

Da mesma forma, fui informado(a) que existem complicações associadas à anestesia proposta para minha cirurgia, como reações alérgicas, pouco ou muito graves, aos anestésicos e demais medicamentos a serem utilizados.

Tenho conhecimento que durante o procedimento cirúrgico ou no período de pós operatório, podem aparecer situações inusitadas que requeiram procedimentos adicionais e não previstos na presente data e descritos neste informe, que poderão ser indicados visando o sucesso do tratamento.

Estou ciente de que seria impossível para o(a) médico(a) me descrever TODAS as complicações e ou riscos possíveis de acontecer no tratamento que me está sendo proposto, mas que fui informado(a) a respeito das situações mais frequentes.

Igualmente sou sabedor(a) de que apesar da capacidade técnica e dos esforços de meu(minha) médico(a), não existe garantia ou segurança ABSOLUTA no resultado desta cirurgia, com relação à cura da minha doença.

Campinas,.....

\_\_\_\_\_  
assinatura do paciente ou responsável legal

Testemunhas:

\_\_\_\_\_  
Nome:  
RG n.º

\_\_\_\_\_  
Nome:  
RG n.º