


	TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ROBÓTICA HSL-R-CC-019	
---	--	---

Hospital:
Paciente:
Data de nascimento:
Atendimento:

Declaro que fui informado(a) pelo médico abaixo identificado de que as avaliações e exames realizados revelaram alteração(ões). Recebi todas as informações necessárias sobre benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado (a) sobre os riscos e benefícios de não ser tomada nenhuma atitude diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s).

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

Compreendo que, durante o(s) exame(s) e/ou procedimento(s) de: _____

para melhorar a(s) supracitada(s) condição(ões), poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) imprevisível(eis).

Estou ciente de que, em procedimentos médicos invasivos, como o citado, podem ocorrer complicações gerais, como sangramento, hematoma(s), infecção (local ou disseminada), problemas cardiovasculares e respiratórios, dentre outros. Fui informado(a) também de que nos casos de procedimentos minimamente invasivos videoassistidos com e sem o auxílio de robô, podem ocorrer situações durante o procedimento que exijam a conversão para técnicas convencionais.

Estou ciente de que, para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s), será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos serão indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas.

Autorizo o médico abaixo identificado, bem como seus assistentes e/ou outros profissionais por ele selecionados a intervirem no procedimento. Autorizo, ainda, qualquer outro procedimento, exame, **tratamento e/ou** cirurgia, incluindo transfusão de sangue, caso seja necessário.

Confirmando que li, recebi explicações, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Deve ser preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

NOME DO MÉDICO: _____

CRM: _____

ASSINATURA: _____

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

Paciente Responsável

_____, _____ de _____ de _____.

Nome Legível: _____ N° de Identidade: _____

Assinatura: _____ Grau de Parentesco: _____