

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA

PACIENTE

Nome: _____

Idade: _____

Naturalidade: _____

Identidade: _____

Profissão: _____

Endereço: _____

Estado Civil: _____

Nacionalidade: _____

CPF: _____

_____, acima qualificado(a), vem, pelo presente Termo de Consentimento para Realização de Cirurgia e por sua livre e espontânea vontade, autorizar ao seu médico _____, a realizar em sua pessoa o procedimento cirúrgico denominado _____, ao qual deverá submeter-se em ____/____/____.

Declara ainda estar perfeitamente ciente de todos os aspectos que envolvem o aludido procedimento cirúrgico, tendo recebido de seu médico todas as informações solicitadas, bem como outras subsidiárias, conforme a seguir explicita:

1) Que lhe foram detalhadamente explicadas por seu médico a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do aludido procedimento cirúrgico;

2) Que, como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade, decorrente do próprio ato cirúrgico ou das condições vitais do paciente;

3) Que foi **informado(a)** e está ciente de que, como em qualquer outro ato operatório, ao submeter-se à presente cirurgia está também sujeita a sofrer complicações, intraoperatórias e pós-operatórias.

4) Que foi também **esclarecido(a)** acerca de outras intercorrências e sequelas que podem advir da cirurgia proposta, tais como acúmulo de líquidos, sangue ou secreções nas cavidades operatórias ou na pele; alterações da sensibilidade na região operada; cicatrizes queloidianas; entre outros.

5) Que essas complicações, algumas vezes, decorrem de fatores imponderáveis e imprevisíveis, tais como reações orgânicas do próprio paciente;

6) Que em casos de intercorrências, tais como hemorragias, poderá ser necessária transfusão de sangue e/ou hemoderivados para a manutenção das funções vitais.

7) Que se ocorrerem intercorrências ou imprevistos a equipe médica poderá adotar técnica cirúrgica diferente da programada, sempre em benefício do paciente.

8) Que, nos casos acima referidos eventualmente poderá ser necessária uma nova intervenção cirúrgica.

9) Que com tais explicações e esclarecimentos está plenamente satisfeito(a), tendo compreendido e aceitado se submeter ao tratamento médico-cirúrgico proposto;

E para que fique registrado o seu pleno consentimento em se submeter ao procedimento cirúrgico acima descrito, firma o presente documento.

Local e data: _____

Paciente: _____