



HOSPITAL
ADVENTISTA
DO PÊNFIGO

Termo de Ciência e Consentimento para Procedimentos Invasivos e Cirúrgicos

| | | |
|--|------------------------------|--------------------|
| Setor: Centro Cirúrgico | Código N°: FQ-CCO-001 | Tipo: FQ |
| MA: 2/5 - Atendimento Cirúrgico | Revisão N°: 01 | Página: 1/1 |

Paciente: _____
Leito: _____ Prontuário: _____

Autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) invasivo(s) e/ou cirurgia(s):

_____ indicado pelo Dr.(a) abaixo mencionado(a) e sua equipe médica.

1. A proposta do procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido (a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
2. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
3. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.
4. Documentação recebida: Não Sim Qual: _____

5. Confirmando 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
Nome legível: _____ Assinatura: _____
Grau de Parentesco: _____ Identidade N.º: _____
Campo Grande ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____

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 seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às 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: _____ Assinatura: _____ CRM: _____

Termo de acompanhante do paciente submetido a procedimentos ambulatoriais

Eu, _____ Identidade N.º _____
responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento cirúrgico ambulatorial realizado no Hospital Adventista do Pênfigo, até sua residência.
Grande ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____ Assinatura _____