

**Termo de Ciência e
Consentimento
para Procedimentos
Invasivos e Cirurgias**

(Consentimento informado)

- Norma Técnica Resolução SS-169 de 19/06/96)

Preencher quando não houver etiqueta

Nome _____
RG. _____ Idade _____
Convênio _____
Data _____ RA. _____

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, médicos (as) credenciados (as) no IGESP.

1. Em uma cirurgia existem riscos significantes, como a perda intensa de sangue, infecções que podem levar à morte ou à incapacidade parcial ou permanente. Estou ciente que em cirurgias abertas, nas quais se faz uma incisão, pode ocorrer infecção, dor no local da incisão ou aparecimento de hérnia (fraqueza ou pequena abertura na parede muscular), que podem levar à necessidade de futuros tratamentos ou procedimentos cirúrgicos.
2. A proposta do procedimento cirúrgico a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
3. 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.
4. Autorizo ainda, que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente, seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.
5. Documentação recebida: Não Sim Qual: _____

6. 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: _____

São Paulo ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____

Deve ser preenchido pelo Cirurgião

Expliquei todo o procedimento cirúrgico ao(a) paciente acima identificado(a), ou ao 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 responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico _____ Assinatura _____ CRM _____

Para cirurgias ambulatoriais. Deve ser preenchido pelo responsável do paciente

Eu, _____ Identidade N.º _____
responsabilizo-me por acompanhar o(a) paciente acima após o procedimento cirúrgico ambulatorial realizado no Hospital IGESP, até sua residência.

São Paulo ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____ Assinatura: _____