

Paciente:

Data de nascimento:

Prontuário:

Nome da mãe:

Eu, abaixo assinado, declaro que:

1- Recebi todas as informações necessárias quanto aos benefícios, riscos e alternativas ou não de tratamento, bem como sobre os riscos de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da minha condição de saúde diagnosticada e entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos;

2- Declaro que tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente;

3- Compreendo que durante o (s) exames (s) e/ou procedimento (s) proposto (s) para tentar curar ou melhorar minha condição de saúde, poderão ocorrer situações ainda não diagnosticadas, como também situações imprevistas e/ou emergenciais que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

4- Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos podem ocorrer complicações como sangramento, infecção, febre, calafrios, alergia, problema cardiovascular, respiratório, neurológico e outros, bem como o óbito;

5- Estou ciente que para realizar o (s) exame (s) e/ou procedimento (s) proposto (s) será necessário o uso de anestesia, cujos métodos, técnicas e medicamentos serão indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativa deste procedimento;

6- AUTORIZO o médico acima identificado, bem como seus assistentes e/ou outros profissionais por ele selecionado, a intervir no (s) exame (s) e/ou procedimento (s) proposto (s) de acordo com seu julgamento profissional;

7- AUTORIZO todo e qualquer outro exame/procedimento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos;

8- AUTORIZO que qualquer órgão e/ou tecido removido durante o exame/procedimento seja:

complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou terapêutico;

9- AUTORIZO a utilização de informações contidas neste prontuário para pesquisas médicas e legislação vigente;
10- Estou ciente que posso solicitar esclarecimentos das dúvidas que possam surgir em qualquer fase do tratamento e me reservo o direito de revogar este consentimento antes que o (s) exame (s) e/ou procedimento (s), objeto deste documento, se realize (m):

se realize (m),
11- É dado direito ao médico e sua equipe a não realização ou interrupção do tratamento quando da não autorização do (s) exame (s) e/ou procedimento (s) proposto (s), bem como qualquer restrição em item constante neste Termo, por parte do paciente/responsável;

12- Confirmo que recebi explicações, li, comprehendo e concordo com tudo que foi esclarecido acima e nestas condições autorizo a realização do (s) exame (s) e/ou procedimento (s) proposto (s) pelo médico acima citado e sua equipe, e permito que utilize o seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, através dos recursos conhecidos e disponíveis no local onde se realiza o tratamento.

TERMO DE REVOCAGÃO (DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL)

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de REVOGAR este consentimento até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado.

() Paciente () Responsável

Grau de Parentesco:

Nome:

CPF:

1

Assinatura: _____

Data: /

Horário:

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO RESPONSÁVEL

Expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Médico:

Assinatura: _____ CRM-MG: _____

Data: _____ / _____ / _____ Horário: _____

Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima. Não foi possível a coleta deste Termo de consentimento Informado, por tratar-se de **EMERGÊNCIA**.

TESTEMUNHAS

1^a Testemunha

Nome: _____ Nome: _____ Assinatura: _____
Assinatura: _____ CPF: _____
CPF: _____

2^a Testemunha

Nome: _____ Assinatura: _____

Assinatura:

Assinatura: _____ CPF: _____

CPF:

CPF:

INFORMAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA

- Todos os documentos pessoais.
 - Exames realizados.
 - Autorização de Internação Hospitalar (AIH) ou guia do plano de saúde autorizada;
 - Avaliação Pré-anestésica;
 - Seu material de higiene pessoal (sabonete, pasta de dente, desodorante), caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
 - Roupas confortáveis caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.

ORIENTAÇÕES PRÉVIAS À REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Manter jejum no mínimo 8 horas ou conforme orientação médica (incluindo sólidos e líquidos, inclusive água).
 - Caso faça uso de medicamentos, comunicar ao médico assistente todos os de uso contínuo para serem avaliados e se necessário suspensos antes da cirurgia, em especial antiagregantes ou anticoagulantes.
 - Tomar os medicamentos anti-hipertensivos como de costume, sem água ou com muita pouca água;
 - Diabético, NÃO TOMAR os hipoglicemiantes orais no dia da cirurgia.
 - Mantenha hábitos saudáveis, evite bebidas alcoólicas e cigarros;
 - Adereços: retire relógios, pulseiras, alianças, anéis, brincos, piercing, prótese dentária (se houver) e qualquer objeto de cabelo, devendo ser entregues aos seus familiares.
 - Em caso de febre ou mal-estar, entrar em contato com o Hospital imediatamente.
 - A remoção dos pelos da região onde será realizada a incisão cirúrgica, obedecendo a critérios médicos, deverá ser realizada apenas pela equipe de enfermagem, após a internação.

São Sebastiao do Paraíso - MG de de

Assinatura do paciente ou responsável



**JUNTOS
SOMOS+**

**TCLE INDUÇÃO TRABALHO DE
PARTO**

CÓDIGO: FO.DT.038

ELABORAÇÃO: 20/05/2025

REVISÃO: 20/05/2027

PÁGINA: 3 de 3

CPF: _____