

 <b>JUNTOS SOMOS</b>	<b>TCLE TRATAMENTO OBSTÉTRICO</b>	CÓDIGO: FO.DT.074
		ELABORAÇÃO: 20/05/2025
		REVISÃO: 20/05/2027
		PÁGINA: 1 de 2

<b>Paciente:</b>	
<b>Data de nascimento:</b>	<b>Prontuário:</b>
<b>Nome da mãe:</b>	

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 encaminhado para exames 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);
- 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- Confirmando que recebi explicações, li, compreendo 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 REVOGAÇÃO (DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL)**

Confirmando 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: \_\_\_\_\_ 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****1ª Testemunha**

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**2ª Testemunha**

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA QUE DEVERÁ SER DISPONIBILIZADA AO HOSPITAL**

- 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 Sebastião do Paraíso - MG \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável

CPF: \_\_\_\_\_