



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Por este instrumento particular o(a) paciente _____ ou seu responsável, Sr.(a) _____ declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao(à) médico(a) assistente, Dr.(a), inscrito(a) no CRM/TO _____, sob o nº _____, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado: Metacarpo falangeana e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais da saúde. Declara, outrossim, que o referido(a) médico(a), atendendo ao disposto no arts. 22º e 24º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirurgião anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados.

Reconheço que poderá ocorrer retirada total ou parcial de órgãos ou estruturas, bem como a realização de exames, transfusão de hemocomponentes e demais tratamentos que se fizerem necessários durante o ato cirúrgico e pós-operatório, indispensáveis para salvaguardar sua vida. Está ciente de que todos os órgãos ou estrutura removidas no ato cirúrgico serão encaminhados para exames complementares, desde que necessário para o diagnóstico e eventualmente precisarão ser avaliados no intraoperatório por exame anatomo citopatológico por biópsia de congelação.

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).



Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, e independente de obter novos Termos de Consentimento, em caso de impossibilidade nos termos do artigo do CEM, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, inclusive transfusão sanguínea, segundo seu julgamento.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e ser atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Confirmo que o presente Termo de Consentimento foi lido, para que ele produza seus efeitos.

Palmas / TO _____ de _____ de _____.

Ass. Médico Assistente

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____
RG/CPF: _____

Nome: _____
RG/CPF: _____
CRM: _____ UF: _____

Testemunhas

Nome: _____
RG: _____

Testemunhas

Nome: _____
RG: _____