TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO
Para Realização de Cirurgia/Procedimento da Coluna Vertebral

PACIENTE
Nome: _____
Idade: _____ **Estado Civil:** _____
Identidade: _____ **CPF:** _____

_____ acima qualificado (a), vem, pelo presente Termo de Consentimento para Realização de Cirurgia e por sua livre e espontânea vontade, autorizar ao seu médico:_____, inscrito no **CRM-TO**_____a realizar em sua pessoa os procedimentos cirúrgicos denominados, _____

Declara ainda estar perfeitamente ciente de todos os aspectos que envolvem o referido procedimento cirúrgico, tendo recebido de seu médico todas as informações solicitadas, bem como outras subsidiárias, conforme a seguir explicita:

1) Que lhe foram detalhadamente explicadas por seu médico a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do referido procedimento cirúrgico, a saber: **perda parcial ou total das funções neurológicas** (perda de força, inclusive capacidade de andar; perda ou alteração da sensibilidade, ou sensação permanente de "dormência", "formigamento", ou dor persistente, incapacidade de controle da urina e/ou fezes), **lesão da dura máter** (extravasamento de líquor).

2) Que, como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade, decorrente do próprio ato cirúrgico ou das condições vitais do paciente;

3) Que foi informado (a) e está ciente de que, como em qualquer outro ato operatório, ao submeter-se à presente cirurgia está também sujeita a sofrer complicações e idiossincrasias, intra-operatórias e pós-operatórias, tais como: reações aos medicamentos administrados, hemorragias, lesões ou perfurações de órgãos, queimaduras por bisturi elétrico, infecções, seromas, anemia, tromboembolismos, hematomas, parada cardiorrespiratória, dentre outras;

4) Que foi também esclarecido (a) acerca de outras intercorrências e sequelas que podem advir da cirurgia proposta, tais como acúmulo de líquidos, sangue ou secreções nas cavidades operatórias ou na pele; aparecimento de manchas hipo ou hipercrômicas e inchaço na região operada; necrose da pele por redução da irrigação sanguínea; alterações da sensibilidade na região operada; paralisias em graus diversos, provocada por lesões de ramos nervosos; cicatrizes queloideanas;

5) Que cada uma dessas complicações e o significado de seu nome técnico lhe foi detalhadamente explicada por seu médico;

6) Que essas complicações, algumas vezes, decorrem de fatores imponderáveis e imprevisíveis, tais como reações orgânicas do próprio paciente;

RT: Dra. Janaína Franco Neves Paredes – CRM-TO 2153.

7) Que em virtude do acima exposto poderá ser imperativa a utilização de monitorização invasiva, sobre a qual já foi o paciente suficientemente esclarecido (a);

8) Que em casos de intercorrências, tais como hemorragias, **poderá ser necessária transfusão de sangue e/ou hemoderivados** para a manutenção das funções vitais. Que tais produtos biológicos, embora preparados segundo as exigências legais do Ministério da Saúde, podem excepcionalmente produzir reações orgânicas indesejáveis ou veicular doenças;

9) Que se ocorrerem intercorrências ou imprevistos a equipe médica poderá adotar técnica cirúrgica diferente da programada, sempre em benefício do paciente;

10) Que, na eventualidade acima descrita, o tempo de hospitalização poderá estender-se além do programado;

11) Que, nos casos acima referidos eventualmente poderá ser necessária uma nova intervenção cirúrgica, pela qual não serão cobrados honorários médicos;

12) Que deverá seguir orientações do seu médico, quando necessário, adquirindo materiais e serviços que diminuem o risco de complicações mesmo esses não tendo cobertura do convênio, tais como: meias compressivas (material que diminui risco de TVP), botas compressivas dinâmicas (serviço que diminui risco de TVP), coletes/órteses, entre outros;

13) Que deverá informar ao seu médico todos os medicamentos e drogas (mesmo ilícitas) que esteja utilizando, posto que tais substâncias podem produzir interações deletérias com os anestésicos ou trazer complicações operatórias e pós-operatórias;

14) Que com tais explicações e esclarecimentos está plenamente satisfeito (a), tendo compreendido e aceitado se submeter ao tratamento médico cirúrgico proposto;

15) Que poderá revogar o presente consentimento a qualquer momento, bastando para tanto que comunique sua decisão ao seu médico e assine o Termo de Revogação, abaixo transcrito.

16) Fui devidamente esclarecido pelo meu médico cirurgião e estou completamente ciente dos riscos a que estarei exposto (a) no pré-operatório imediato, sobretudo no período de internação, referente a possível e eventual contaminação pelo COVID-19, também chamado de NOVO CORONAVÍRUS. Tal risco decorrerá do contato ou aproximação com outros profissionais de saúde e com materiais médico-hospitalares que poderão estar infectados. Tenho ciência que eventual infecção com o COVID-19 poderá provocar em meu organismo febre, dores musculares, dificuldade respiratória, ausência de sensibilidade olfativa e gustativa (anosmia) e, até mesmo, a própria morte.

E para que fique registrado o seu pleno consentimento em se submeter ao procedimento cirúrgico acima descrito, firma o presente documento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, as quais vão também assinadas por seu responsável legal (no caso de menor) e por mais 02 (duas) testemunhas.

Local e data: _____

RT: Dra. Janaína Franco Neves Paredes – CRM-TO 2153.

Paciente: _____

Responsável legal (se menor): _____

Testemunhas: _____

Médico: _____

Responsável: _____

RT: Dra. Janaína Franco Neves Paredes - CRM-TO 2153.