

DECLARAÇÃO DE ESCLARECIMENTOS CIRÚRGICOS E TERAPÊUTICOS E TERMO DE RESPONSABILIDADE

1. Declaro que fui informado(a) e compreendi o propósito e a natureza dos procedimentos cirúrgicos a que serei submetido(a). Entendi o que é necessário fazer para que o resultado da cirurgia tenha o resultado pretendido, dando desde já, plena autorização ao meu médico, Dr.(a) _____ para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico e executar tratamentos, cirurgias, anestésias, transfusões de sangue e/ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínico-cirúrgicas do meu caso.
2. Meu médico, o qual reconheço como profissional de minha confiança, fez uma completa e cuidadosa consulta médica. Concordei na realização da cirurgia visando a minha recuperação ou amenizar meus sintomas.
3. Apesar da referida cirurgia ser um procedimento bastante seguro, fui devidamente informado(a) dos possíveis riscos e complicações que envolvem a cirurgia, drogas ou anestesia. Estas complicações são semelhantes às que ocorrem em outros procedimentos cirúrgicos e incluem :dor,sangramento, inchaço, infecção,problemas cardiovasculares e respiratórios, etc.
4. Meu médico me explicou, deixando claro, que não existe um método de prever de maneira precisa o tempo, a capacidade e a qualidade de cicatrização da pele, músculos e outras regiões do corpo humano, em cada paciente após a cirurgia.
5. Foi explicado que em algumas circunstâncias as cirurgias podem apresentar complicações. Fui informado e compreendi que a prática médica cirúrgica não é uma ciência exata; não podem ser dadas garantias nem certeza absoluta quanto ao resultado do tratamento ou cirurgia.
6. Entendo que o fumo, álcool em excesso , medicamentos à base de ácido acetilsalicílico (Aspirina ®, AAS®, BUFFERIN®, etc),PERSANTIN®, NEOSALDINA® e outras medicações anticoagulantes podem afetar a cicatrização, a coagulação do sangue e/ou a recuperação e limitar o sucesso da cirurgia. Eu concordo em seguir as instruções e cuidados propostos pelo médico. Concordo também em retornar periodicamente ao médico para controle e instruções, e informar de imediato qualquer circunstância nova que possa ser divergente às orientações e informações obtidas.
7. Concordo com o tipo de anestesia, dependendo da escolha do médico para o caso em questão. Também concordo em não dirigir veículos motorizados ou operar máquinas perigosas até a completa recuperação dos efeitos da anestesia ou drogas usadas no período.
8. Afirmo ter feito um relato cuidadoso da minha história de saúde física e mental. Relatei também nenhuma reação alérgica ou incomum a látex, medicações, anestésicos, etc anteriormente a este procedimento, bem como a alimentos, mordida de insetos, anestésico, pólen, poeira, doenças do sangue ou sistêmicas, reações de pele, sangramento ou cicatrização anormal ou outra condição relacionada à minha saúde.

OBS: (caso haja reação alérgica, relatar abaixo)

9. Permito a execução de fotografias, filmagens, gravações e RX dos procedimentos para serem usados no aprimoramento e avanço da medicina, e autorizo desde já que sejam exibidas em palestras, congressos, jornadas e eventos médico- científicos, **contanto que seja preservada minha identidade.**

10. Entendo perfeitamente que durante e após os procedimentos propostos, cirúrgicos ou clínicos, podem ser realizados procedimentos adicionais, a critério do meu médico, visando o sucesso do tratamento em questão. Também aprovo qualquer modificação no plano de tratamento, material, cirúrgico ou terapêutico se isto for para meu benefício.

CIRURGIA (S) PROPOSTA (S): (indicação):

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passa a fazer parte da minha ficha clínica, ficando o médico autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em qualquer tipo de ofensa, fica também autorizado o acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica, ou consultório inclusive, a solicitar, 2^{as}. vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existentes. **Declaro ainda que todas as informações aqui prestadas e recebidas, neste momento e no período de consultas, foram diretamente a mim passadas, verbalmente pelo médico.**

Para que produza os efeitos legais assino conjuntamente o presente termo.

São Paulo/ SP, ___ de _____ 20___

Dr(a)
CRM

Paciente
Nome:
RG:
CPF:

Testemunha

Testemunha

Nome:
RG:

CPF:

Nome:
RG:

CPF: