



Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho

Rua Epitácio Pessoa, 1.741- Centro -Cep-14160.180 – Sertãozinho-SP
Fone - PABX: (016) 3946-2855 - Reconhecida de Utilidade Pública:
Municipal: Lei nº 581 – Estadual: Lei nº 1708 – Federal: Decreto de 11 de novembro de 1991
CNPJ.: 71.326.292/0001-03 - Inscrição Estadual - Isenta
e-mail: administracao@santacasasertaozinho.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Por este instrumento particular o (a) paciente:

Nome do Paciente: _____

Nº Documento RG ou CPF: _____

Declara, para os devidos fins de direito, que dá plena autorização aos membros do Corpo Clínico da Santa Casa de Sertãozinho, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico, bem como executar o procedimento cirúrgico denominado _____ e todos os procedimentos que o incluem, podendo a equipe valer-se do auxílio de outros profissionais da saúde, tendo-lhe sido prestadas as seguintes informações:

- I) As terapias alternativas existentes para o tratamento que foram apresentadas são: Tratamento conservador, tendo em vista que não há tratamento alternativo ao cirúrgico que traga as mesmas chances de bom prognóstico.
- II) O tratamento cirúrgico autorizado tem o objetivo de: Resolução das lesões e/ou afecções que o acometem, melhorar suas condições clínicas e permitir uma melhor recuperação.
- III) Os principais desconfortos e riscos possíveis para este procedimento são: Risco anestésico, hemorragia, lesão de vasos, nervos, partes moles ou ósseas, amputação, transfusão de hemoderivados, infecção e morte.
- IV) As possíveis sequelas, efeitos adversos ou complicações para este procedimento são: Trombose venosa ou arterial, atelectasia pulmonar, deiscência de ferida, formação de seroma ou hematoma, infecção superficial ou profunda, necessidade de novas abordagens, resultados insatisfatórios pela gravidade da lesão, dor crônica, deformidade no membro, amputação.
- V) Posteriormente à realização o procedimento deverá se submeter a tratamentos outros para obtenção do resultado esperado, tais como: Fisioterapia, curativos, cuidados com o operado, respeito às restrições de mobilização e carga, retornos ambulatoriais, uso das medicações prescritas e seguimento das orientações médicas.

Declara, ainda, que foi esclarecido que em toda cirurgia existem riscos significantes, como perda intensa de sangue, infecção e ataque cardíaco, que podem levar à morte ou incapacidade temporária ou permanente. Nos casos de cirurgias, podem ocorrer infecção, dor no local da incisão, levando à necessidade de futuros tratamentos ou procedimentos cirúrgicos. A lista de riscos e complicações aqui apresentada visa ilustrar as possibilidades mais frequentes, mas não inclui todos os riscos que podem ocorrer. Novos riscos podem aparecer no futuro e não foram informados neste documento. A administração da anestesia será feita por um médico anestesiológico. Toda anestesia envolve risco, podendo ocorrer complicações e danos graves aos órgãos vitais, como cérebro, coração, pulmões, fígados e rins, que podem resultar em paralisia, ataque cardíaco e/ou morte por causas conhecidas ou desconhecidas.

Declara também que recebeu todas as informações e foi esclarecido sobre os riscos e complicações possíveis, e que não possui dúvidas quanto ao procedimento proposto.



Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho

Rua Epitácio Pessoa, 1.741- Centro -Cep-14160.180 – Sertãozinho-SP
Fone - PABX: (016) 3946-2855 - Reconhecida de Utilidade Pública:
Municipal: Lei nº 581 – Estadual: Lei nº 1708 – Federal: Decreto de 11 de novembro de 1991
CNPJ.: 71.326.292/0001-03 - Inscrição Estadual - Isenta
e-mail: administracao@santacasasertaozinho.com.br

documento, membro do grupo da Cirurgia Geral da Santa Casa de Sertãozinho, tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o médico a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o mesmo autorizado, desde já, a tomar as providências necessárias para buscar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar esclarecido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns riscos e complicações deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

LIDO, COMPREENDIDO, CIENTE E DE ACORDO COM TODO O CONTEÚDO DESTES TERMOS,
AUTORIZO EXPRESSAMENTE A INTERNAÇÃO E A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS EM
UNIDADE HOSPITALAR.

Sertãozinho, ____/____/____

Assinatura do(a) paciente ou do responsável pelo(a) paciente

Se o assinante for o responsável, preencher:

Nome do Responsável: _____

RG: _____ Parentesco: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro para os devidos fins e efeitos que expliquei ao paciente (ou seu responsável / representante legal) de forma clara e objetiva o diagnóstico, o prognóstico os riscos e objetivos da necessidade de internação hospitalar e procedimentos, assim como os seus benefícios e alternativas, esclarecendo suas dúvidas e deixando-o livre para decidir a respeito da internação e a realização de procedimentos. De acordo com o meu entendimento, o paciente (ou seu responsável/representante legal) está em perfeitas condições de compreender todo o conteúdo deste termo e de autorizar a internação hospitalar e a realização de procedimentos indicados.

Sertãozinho, ____/____/____

Carimbo e Assinatura do médico: _____ CRM: _____

Código de Ética Médica – Art. 22. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. Art. 34. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal. Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º- O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de