



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

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: ( )M ( )F

## TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIMENTO PARA CIRURGIAS / PROCEDIMENTOS

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao Procedimento Cirúrgico ao qual será submetido, esclarecendo as dúvidas junto ao médico, equipe de funcionários e prestadores de serviço da Clui Clínica Urológica

**Este espaço deverá ser preenchido pelo paciente e/ou responsável, com a participação do médico assistente.**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob nº \_\_\_\_\_

( ) Paciente / ( ) Responsável (grau de parentesco: \_\_\_\_\_). Declaro que:

- 1.) Fui informado pelo médico abaixo identificado, de que as avaliações e exames realizados revelam alterações e diagnósticos de meu estado de saúde: \_\_\_\_\_
- 2.) Compreendo que durante os exames e/ou procedimentos: \_\_\_\_\_ para diagnosticar e/ou tratar a (s) supracitada (s) condição (ões) poderá (ão) apresentar-se outra (s) situação (ões) ainda não diagnosticada (s) pelo(s) exame (s) referido(s) acima, assim como também poderá(ão) ocorrer situação (ões) imprevisível (eis) ou fora do controle da equipe médica;
- 3.) Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecções, problemas cardiovasculares e respiratórios. Além disso, especificamente quanto a este procedimento, as principais complicações são: \_\_\_\_\_;  
os benefícios esperados são: \_\_\_\_\_;  
as alternativas possíveis são: \_\_\_\_\_;  
e os riscos por não tomar qualquer atitude terapêutica são: \_\_\_\_\_;
- 4.) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto, será necessário o emprego de anestesia, cujo métodos, as técnicas e os fármacos são indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas.
- 5.) Autorizo o médico abaixo identificado, bem como seus assistentes e/ou outros profissionais por ele selecionado a intervir no procedimento.
- 6.) Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, e que sejam compatíveis com as boas práticas cirúrgicas vigentes.
- 7.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar, qualquer espaço, parágrafo ou palavra com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Assinatura Paciente e/ou Responsável: \_\_\_\_\_

### Este espaço deve ser preenchido pelo médico

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiar, o propósito, benefícios, riscos e as alternativas para o tratamento descrito. Acredito que o paciente / responsável entendeu o que expliquei.

Brasília/DF, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Assinatura/ Carimbo: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_