Hospital Maternidade Frei Galvão	**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**

Identificação do paciente:

Nome: _____

Data de nascimento: _____ / _____ / _____

Nº do RG: _____

O presente Termo de Consentimento tem o objetivo de orientar o paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo médico assistente e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Hospital Maternidade Frei Galvão.

Na condição de paciente do Hospital, ou de responsável legal, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para fins legais que:

Fui informado que as avaliações clínicas e exames complementares realizados revelaram alterações e diagnósticos do meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito abaixo.

Procedimento Cirúrgico:_____

Fui informado que os principais riscos cirúrgicos deste procedimento são:_____

_____

Data da realização: _____ / _____ / _____

Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.

Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis.

Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais, inclusive risco de morte.

Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiologista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativa.

Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.

Hospital Maternidade Frei Galvão	**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

☐ Paciente ☐ Responsável

_____

Assinatura do Paciente e/ou Responsável

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondi a todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

Guaratinguetá - SP, _____ de _____de _____

_____

Carimbo e Assinatura do Médico