

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA AMPUTAÇÃO DE MEMBRO</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

IDENTIFICAÇÃO
<b>NOME DO PACIENTE:</b>
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b>
<b>CPF OU RG:</b>
<b>NOME DA MÃE DO PACIENTE:</b>
<b>NOME DO RESPONSÁVEL:</b>
<b>CPF OU RG DO RESPONSÁVEL:</b>
<b>NOME DO MÉDICO:</b>
<b>CRM:</b>

O PACIENTE ou o RESPONSÁVEL acima identificado DECLARA que:

1. AUTORIZA o médico acima identificado e demais profissionais da sua equipe a realizar os atos médicos e hospitalares necessários para fins de *AMPUTAÇÃO DO(S) MEMBRO(S)* abaixo identificado(s).

*IDENTIFICAÇÃO DO(S) MEMBRO(S) A SER(EM) AMPUTADO(S):* \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2. Esta ciente da gravidade da sua patologia e que a amputação do(s) membro(s) é necessária para a melhoria da qualidade do seu tratamento ou da sua saúde.

3. O membro acima identificado é o membro correto para ser amputado, sendo que eu, ao final assinado, tive oportunidade de revisar a indicação de amputação do determinado membro e de expressar eventual contrariedade, se de fato houvesse.

4. Está ciente que a amputação do membro do organismo do paciente implica na impossibilidade de reutilização deste membro amputado sob qualquer pretexto.

5. Está ciente que a **NÃO REALIZAÇÃO** da amputação pode desencadear processo infeccioso grave no organismo do paciente que, ao final, pode levá-lo ao **ÓBITO** ou pode desencadear outros agravos de saúde com diversas consequências, também desfavoráveis à saúde do paciente.

6. Está ciente e:

**AUTORIZA O DESCARTE DO MEMBRO AMPUTADO** pelo hospital, seguindo as normas sanitárias e ambientais vigentes.

**NÃO AUTORIZA O DESCARTE DO MEMBRO** pelo hospital, assumindo por sua conta e risco o dever de proceder ao descarte do membro amputado, bem como assumindo de modo exclusivo e integral a responsabilidade civil, sanitária, ambiental e penal pela realização correta do descarte do membro amputado, conforme legislação vigente.

7. O procedimento cirúrgico de amputação foi explicado previamente de forma clara pelo médico, tendo sido orientado quanto aos seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis.

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA AMPUTAÇÃO DE MEMBRO</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

Pude fazer perguntas, as quais foram respondidas satisfatoriamente, inclusive com orientação acerca das consequências de não ser realizada a amputação, bem como sobre a possibilidade de retirada deste consentimento para a realização do ato médico, sem que isso implique em qualquer sanção ou impedimento de acesso ao tratamento médico adequado se mudar de opinião.

**8.** Está ciente de que será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista, estando ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico.

**9.** Está ciente que em situações excepcionais, independentemente da técnica anestésica indicada, poderão ocorrer reações alérgicas, incluindo anafilaxia, afecções circulatórias, flebites, complicações infecciosas ou outros eventos adversos mais raros.

**10.** Estou ciente que poderão ocorrer sangramento no local da amputação, infecções (inclusive, grave – sepse, infecção severa e generalizada), abertura de pontos, problemas cardiovasculares e respiratórios, arritmias, dor, cicatriz com aspecto indesejado, perda ou redução de capacidade motora, perda ou redução de capacidade para o trabalho, entre outras complicações mais raras e complexas.

**11.** Fui cientificado de que, especificamente ao caso do paciente, há ainda o risco de ocorrer:

---



---



---

**12.** Está ciente que o ato médico em questão trata-se de uma obrigação de meio, motivo pelo qual não há garantia de obtenção de cura ou do resultado esperado. Ou seja, mesmo com a amputação do membro, os efeitos indesejados da patologia podem persistir ou se agravar, dependendo das condições pessoais de reação do organismo de cada paciente, bem como podem demandar a realização de outros atos médicos ou hospitalares, posteriormente.

**13.** Estou ciente que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados e que todo procedimento cirúrgico, não importa qual, possui risco de ÓBITO do PACIENTE, independentemente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata e, por isso, não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas, quanto a resultados.

**14.** Está ciente de que pode ser necessária a realização de transfusão de sangue ou de hemoderivados, bem como de que a retirada de qualquer tecido seja encaminhada para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes. Se isso for necessário, desde já autorizo a sua realização.

**15.** Está ciente de que necessita cumprir integralmente as orientações médicas que foram prescritas e de que deve buscar imediatamente atendimento médico caso verifique a ocorrência de qualquer sintoma que seja diverso da normalidade, tais como febre, sangramento, tontura, abertura de pontos, dor e outros.

**16.** Foi informado dos cuidados pós-cirúrgicos de proteção e de higienização do local da ferida operatória, bem como que foi cientificado de que necessita evitar movimentos e esforços físicos pós-cirurgia, sendo que a retomada das atividades físicas normais somente será possível quando houver expressa autorização médica para isso.

**17.** Por livre iniciativa autorizo que o procedimento seja realizado da forma como foi a mim explicada e exposta no presente termo, inclusive quanto aos procedimentos necessários para tentar solucionar as

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA AMPUTAÇÃO DE MEMBRO</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

situações imprevisíveis e emergenciais, as quais serão conduzidas de acordo com o julgamento técnico do médico acima autorizado e equipe, para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, através dos recursos conhecidos da Medicina disponíveis no local onde se realiza o tratamento.

**18.** Se a evolução do quadro de saúde apresentado colocar a vida do paciente em risco, autorizo a realização dos procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis na tentativa de afastar o perigo de morte apurado, inclusive autorizo a complementação, extensão ou alteração do procedimento cirúrgico originalmente proposto.

**19.** Autorizo a equipe de enfermagem e médica do HBB a realizar o acompanhamento da evolução do tratamento através de registros fotográficos periódicos, bem como a utilizar essas imagens e dados do tratamento em treinamentos, pesquisas clínicas ou acadêmicas por tempo indeterminado, desde que preservado o sigilo sobre a identidade do paciente. Está ciente que essa autorização pode ser retirada a qualquer tempo por meio de comunicação à equipe de enfermagem.

**20.** Certifico que este termo me foi explicado e que o li, ou que foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo, inclusive os termos técnicos utilizados, motivo pelo qual assumo conscientemente os riscos inerentes do procedimento e AUTORIZO a sua realização.

Lajeado, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Responsável pelo Paciente**  
Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal, ou não possa assinar este documento

Eu, Dr(a): \_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_, declaro que coletei este consentimento, informando previamente os riscos e esclarecendo eventuais dúvidas ao paciente/responsável.

\_\_\_\_\_  
**Médico(a) – Assinatura**

 HOSPITAL <b>Bruno Born</b> Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	<b>FO – UCIH</b>
	<b>ANTIBIOTICOPROFILAXIA CIRÚRGICA</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

Esta ficha anexa ao termo de consentimento auxilia a equipe médica e a de enfermagem a realizar o medicamento correto, na dose correta e no momento mais adequado para sua infusão antes da incisão cirúrgica.

O preenchimento é OBRIGATÓRIO para os procedimentos eletivos e possui validade como prescrição médica. A escolha do medicamento deve ser utilizada conforme a recomendação do protocolo de Antibioticoprofilaxia do Hospital Bruno Born.

IDENTIFICAÇÃO		
<b>NOME DO PACIENTE:</b>		
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b>		
<b>Peso (kg):</b>		
<b>Alergia a Penicilina/Amoxicilina/Cefalosporinas?    ( ) SIM    ( ) NÃO</b> Em caso de alergia prévia sugere-se o uso do esquema alternativo com Clindamicina com ou sem Gentamicina associado conforme Protocolo de Antibioticoprofilaxia.		
ANTIBIÓTICO EV	DOSE	OUTRA DOSE
CEFAZOLINA (30-60min antes)	2g ( )    3g ( )	
CEFOXITINA (30-60min antes)	2g ( )    3g ( )	
CEFUROXIMA (30-60min antes)	1.5g ( )	
GENTAMICINA (5mg/kg) (60-120 min antes)		
METRONIDAZOL (30-60min antes)	500mg ( )	
CLINDAMICINA (Alérgicos a BetaLactâmicos) (60-120 min antes)	900 mg ( )	
VANCOMICINA (60-120 min antes)	1g ( )    1.5g ( )	
OUTROS:		

Adultos: Cefazolina e Cefoxitina: 2g <120kg e 3g >120kg  
 Vancomicina: 1g < 90kg e 1.5g > 90kg

\_\_\_\_\_  
**Assinatura e Carimbo do Cirurgião**