



| | | |
|---|---|----------|
|  | FORMULÁRIO | FO – JUR |
| | TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO DERMATOLÓGICO | |
| Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born | | |

| IDENTIFICAÇÃO |
|---|
| NOME DO PACIENTE: |
| DATA DE NASCIMENTO: |
| CPF OU RG: |
| NOME DA MÃE DO PACIENTE: |
| NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: |
| CPF OU RG DO RESPONSÁVEL: |
| NOME DO MÉDICO CIRURGIÃO: |
| CRM DO MÉDICO: |
| IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO A SER REALIZADO: |

O PACIENTE ou o RESPONSÁVEL acima identificado DECLARA que:

1. Fui informado(a) que sobre o resultado dos exames, das avaliações e do diagnóstico realizados previamente ao ato médico.
2. Fui informado(a) que diante do(s) diagnóstico(s) a indicação é a realização do(s) procedimento(s) acima denominado(s), o qual a realização é de livre escolha pelo paciente.
3. Fui informado(a) que o ato médico em questão trata-se de obrigação de meio, pelo que *não há garantia* de obtenção de cura ou do resultado esperado, tendo em vista que a obtenção do resultado esperado depende de diversos fatores, tais como: condições orgânicas do corpo humano do paciente, comprometimento do paciente em seguir o tratamento pré e pós cirúrgico, dentre outras. A ausência de garantia de resultado é tanto quanto ao percentual de melhora, como em aparência ou, mesmo, a permanência dos resultados atingidos;
4. Fui informado(a) e compreendi que a prática médica não é uma ciência exata e que não podem ser dadas quaisquer garantias, por isso, os riscos do ato médico estão sempre presentes, em menor ou maior grau de probabilidade de ocorrência, conforme previsto na literatura médica, ciente de que este documento não consegue abordar todos os riscos que envolvem o ato médico, porém cita os mais comuns ou frequentes;
5. Fui informado(a) que sobre todos os atos, detalhes e benefícios que compõem o procedimento cirúrgico de modo claro, objetivo e completo, oportunidade na qual pude fazer perguntas e obter as respostas, as quais julguei suficientes. Estou ciente que posso desistir do ato médico a qualquer tempo;
6. Estou ciente que podem ocorrer complicações gerais, próprias do procedimento, tais como: *sangramento, infecção, problemas cardiovasculares, respiratórios, urinários, dentre outras complicações associadas especificamente a este procedimento, conforme previsto na literatura médica*. Além disso, podem ocorrer as seguintes complicações (descrever outras complicações comuns possíveis de ocorrência): _____

_____.

| | | |
|---|---|----------|
|  | FORMULÁRIO | FO – JUR |
| | TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO DERMATOLÓGICO | |
| Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born | | |

7. Fui orientado(a) a respeito de todos os cuidados pré e pós operatórios que deverão ser cumpridos rigorosamente, bem como fui informado(a) a respeito das possíveis intercorrências anestésicas ou cirúrgicas deste(s) procedimento(s), entre elas, resumidamente: *equimoses, hematomas, hemorragias, infecções (locais e gerais, inclusive, sepse), necroses de tecidos, deiscência (ruptura) de pontos, irregularidades de superfície, alterações neuromusculares, problemas vasculares, trombo-embolia, reações alérgicas de maior ou menor intensidade, alterações cicatriciais como quelóides e cicatrizes hipertróficas, além de alterações de coloração das mesmas, dor, perda ou dificuldade de movimento(s), perda de sentido(s), perda ou redução da capacidade para o trabalho, arritmia, choque anafilático, e demais riscos inerentes ao(s) procedimentos(s) cirúrgico(s) proposto(s);*

8. Fui informado(a) que, independentemente da técnica e do zelo empregado pelos profissionais envolvidos no ato médico, podem surgir circunstâncias complicadas e agudas que podem evoluir, inclusive, para o ÓBITO do paciente. Estou ciente que dependendo da gravidade da intercorrência, pode ser necessária a internação da paciente em leito de UTI, cuja disponibilidade de vaga é variável conforme a taxa de ocupação da unidade;

9. Fui informado(a) que o uso de cigarros, de bebidas alcoólicas, de drogas lícitas e ilícitas, de medicamentos anticoagulantes e de corticoides, pode ser a causa de complicações cirúrgicas e pós cirúrgicas, ou comprometer o resultado do tratamento. A diabetes ou o uso crônico de medicamentos corticoides também podem comprometer o ato médico e o tratamento. Por isso, se o(a) paciente se enquadra em uma ou mais dessas hipóteses, isso deve ser informado ao médico, previamente ao ato;


10. Fui informado(a) de que todas as medidas técnicas e de segurança disponíveis no hospital serão tomadas pelo(a) médico(a) e pela sua equipe objetivando reduzir ao mínimo possível os riscos do ato médico e buscando os melhores resultados possíveis para o tratamento proposto, dentro da capacidade técnica e física dos recursos disponíveis na estrutura do hospital, no momento em que executado o ato.

11. Reconheço que durante o ato médico podem surgir situações ou elementos novos que não puderam ser previamente identificados e, por isso, outros procedimentos adicionais ou diferentes daqueles previamente programados possam ser necessários. Por tal razão autorizo o(a) médico(a), o anestesista e toda sua equipe a realizarem os atos necessários condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se concretizar, autorizando a suspensão ou a modificação do ato médico inicialmente proposto, bem como a realização de transfusão de sangue e hemoderivados, se necessário para garantir a saúde ou a vida do paciente;

12. Fui informado(a) sobre as alternativas possíveis ao procedimento, as consequências de não realizar o tratamento e os problemas que poderão ocorrer no período de recuperação pós-procedimento;

13. Por livre iniciativa e vontade aceito correr os riscos supramencionados e dou autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

14. Concordo em cooperar com o médico responsável por meu tratamento até meu restabelecimento completo, fazendo a minha parte no contrato médico/paciente. Sei que devo aceitar e seguir as determinações que me forem dadas (oralmente ou por escrito), pois se não fizer a minha parte poderei comprometer o trabalho do(a) profissional, além de pôr em risco minha saúde e meu bem estar ou, ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes, que podem influenciar no resultado final do procedimento;

| | | |
|--|---|----------|
|  <p>HOSPITAL Bruno Born Sua Saúde é Nossa Vida</p> | FORMULÁRIO | FO – JUR |
| | TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO DERMATOLÓGICO | |
| Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born | | |

15. Autorizo a realização de filmagens e/ou fotografias do local do ato (preservando a identidade do paciente), bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos e acompanhamento da evolução do tratamento. Estou ciente, também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais com dever legal de guardar sigilo, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro, para mim;

16. Estou ciente que posso sofrer limitação da execução das minhas atividades cotidianas e profissionais por período de tempo indeterminado para recuperação, dependendo do tipo do procedimento realizado;

17. Este procedimento me foi explicado de forma clara pelo(a) médico(a) e sua equipe, recebendo orientação quanto aos benefícios, riscos e alternativas, inclusive a sua não realização, oportunidade na qual pude fazer perguntas e obter respostas. Satisfeito com as informações recebidas e de acordo elas, **AUTORIZO** a execução de **PROCEDIMENTO DERMATOLÓGICO**, conforme prescrito pelo profissional da medicina que me assiste, assumindo os riscos inerentes desse ato.

Lajeado, ____ de _____ de _____.

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