 HOSPITAL Bruno Born Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA AMPUTAÇÃO DE MEMBRO	
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:
CPF OU RG DO RESPONSÁVEL:
NOME DO MÉDICO:
CRM:

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 organismos 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 HBB A DESTINAR O MEMBRO AMPUTADO** para:

LABORATÓRIO DE ANATOMOPATOLOGIA CONVENIADO PARA FINS DE EXAME, PESQUISA E ENSINO;

INCINERAÇÃO – DESCARTE DEFINITIVO DO MEMBRO;

NÃO AUTORIZA O DESCARTE DO MEMBRO pelo hospital ou terceiro, 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.

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

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. 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.

 HOSPITAL Bruno Born Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA AMPUTAÇÃO DE MEMBRO	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

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 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, na forma escolhida neste documento.

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

TERMO DE ENTREGA DE MEMBRO PARA DESCARTE

Considerando que o PACIENTE ou o RESPONSÁVEL **NÃO AUTORIZOU** O DESCARTE DO MEMBRO pelo hospital, o abaixo assinado assume, por sua conta e risco, o dever de proceder ao descarte do membro amputado, bem como assume, modo exclusivo e integral, a responsabilidade civil, sanitária, ambiental e penal pela realização correta do descarte do membro amputado, conforme legislação vigente. **Além disso, declara que na data abaixo RECEBEU O MEMBRO AMPUTADO para realizar o descarte.**

Data: ____ / ____ / _____ **Assinatura Paciente ou Responsável:** _____