|  |
| --- |
|  TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDOUnidade Básica de Saúde – Procedimentos CirúrgicosEu, abaixo assinado, autorizo o(a) Dr(a).      , equipe médica e assistentes, na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, a realizarem o procedimento proposto –      – como forma de tratamento      . O(a) médico(a) explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos do procedimento e me foi dada oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente.Sei que este procedimento médico não é isento de riscos, já que além daquelas complicações possíveis durante a sua realização existem outras que podem ocorrer no pós-operatório imediato ou tardio.Os possíveis riscos associados a este procedimento foram esclarecidos e são os seguintes:1. Complicações técnicas durante o procedimento que impeçam a sua realização.
2. Suspensão do procedimento por impossibilidade da realização de anestesia, por condições técnicas ou clínicas, surgidas imediatamente antes do ato cirúrgico.
3. Dor na região do procedimento requerendo medicamentos analgésicos.
4. Possibilidade de permanecer com um dreno para drenar possíveis coleções internas de líquido ou sangue.
5. Possibilidade de edema, hematoma, saída de secreções e/ou infecção requerendo tratamento futuro.
6. Cicatrização esteticamente inadequada por fatores individuais (quelóide, cicatriz hepertrófica, etc.).
7. Deiscência (abertura) da sutura (pontos), com implicações estéticas, necessidade de curativos por períodos prolongados.
8. Outros riscos (especificar quando pertinente):      .

Estou ciente de que a lista anterior pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer neste procedimento, mas é a lista de riscos mais comuns.Fui informado também sobre alternativas terapêuticas ao tratamento proposto, incluindo observação e não realização do procedimento.Reconheço que durante o procedimento médico ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, se for necessária, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo a equipe médica a executar esses atos e outros procedimentos considerados necessários e desejáveis. Esta autorização estende-se a todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento for iniciado.Autorizo também que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, como parte dos procedimentos necessários para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.Concordo também com a administração dos anestésicos que sejam considerados necessários. Reconheço que sempre existem riscos para a vida e complicações com a anestesia.Autorizo ainda que imagens de procedimentos e de exames complementares possam ser utilizadas para fins acadêmicos, incluindo comunicações de casos a estudantes ou residentes e apresentações em eventos científicos, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. Da mesma forma estou ciente que profissionais devidamente qualificados, nas funções de auditores, peritos médicos oficiais, avaliadores em programas de acreditação ou servidores públicos exercendo atividades regulatórias poderão ter acesso aos dados do prontuário, mantendo o compromisso de sigilo destas informações.Estou ciente que o tratamento não se limita ao procedimento previsto, sendo que deverei retornar ao consultório/hospital nos dias determinados pela equipe médica, bem como informá-la imediatamente sobre possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir.**CONCLUSÃO**Diante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta neste documento e ciente de que a obrigação do médico é utilizar todos os meios conhecidos na medicina, e disponíveis no local onde se realiza o tratamento; na busca da saúde do paciente. Fico ciente de que eventuais resultados adversos podem ocorrer mesmo com os melhores cuidados técnicos aplicados. Assim, decidi conjuntamente com a equipe médica que o tratamento proposto acima é a melhor indicação neste momento para o meu quadro clínico.Certifico que este formulário me foi explicado, que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.Data:      /     /     Nome (em letra de forma) do paciente ou responsável:      Assinatura do paciente (ou responsável): Documento de identificação:      Grau de parentesco do responsável:      Assinatura e CREMERS do médico responsável pela aplicação do termo: Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.O médico deverá registrar a obtenção deste consentimento no Prontuário do Paciente, no item evolução.  |
| POA 11 PBTERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDOUnidade Básica de Saúde – Procedimentos Cirúrgicos | Nome do Paciente:      Nº do Registro:  |

**MED-595FE– gráfica hcpa – set/2022**