ITAIGARA MEMORIAL
HOSPITAL DIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO – PEQUENA CIRURGIA

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	**RG Nº:**
PRONTUÁRIO:	**ATENDIMENTO:**

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Itaigara Memorial Hospital Dia.

PROCEDIMENTO: _____, e todos o que incluem, habitualmente anestesia local ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínicas, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o (a) referido (a) médico (a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9º da Lei 8078/90, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico, antes apontado apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

RISCOS E COMPLICAÇÕES: Procedimentos médicos estão sujeitos a risco, que podem ser mínimos, moderados ou graves. Apesar da cautela, do procedimento descrito acima pode apresentar complicações como todos os procedimentos cirúrgicos, a exemplo de: sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios. No caso de complicações graves, pode ser necessário transfusão sanguínea, internação em hospital geral e cirurgia de urgência.

INFECÇÃO HOSPITALAR: A portaria nº 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (*Nacional Nosocomial Infectores Surveillance* – Vigilância Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são:

1. Cirurgias limpas – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário).
2. Cirurgias potencialmente contaminadas – 10% (são aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário).
3. Cirurgias contaminadas – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertos, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.
4. Cirurgias infectadas – 40% são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

ANATOMIA PATOLÓGICA: Autorizo que todo material que for removido durante o procedimento, deverá ser enviado para estudo anátomo patológico para confirmação diagnóstica pelos laboratórios conveniados ao Itaigara Memorial.

( ) **Autorizo**	( ) **Não autorizo**

Nos casos em que o paciente for particular ou convênio não credenciado aos laboratórios parceiros, a peça será entregue ao paciente com as devidas orientações.

ITAIGARA MEMORIAL
HOSPITAL DIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO – PEQUENA CIRURGIA

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	**RG Nº:**
PRONTUÁRIO:	**ATENDIMENTO:**

PÓS-OPERATÓRIO: Depois da cirurgia proposta é necessário o acompanhamento médico no período pós-operatório.

Declaro para todos os fins legais, especialmente no disposto no artigo 39, VI da Lei 8.078/90 que dou plena autorização ao médico por mim escolhido, Dr (a) _____ e sua equipe, para executar o tratamento cirúrgico designado e todos os procedimentos que se fizerem necessários, além da anestesia e outras condutas médicas cirúrgicas que tal tratamento venha a exigir.

Declaro ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendi perfeitamente e aceito, compromissando-me a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais. Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar esclarecido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

( ) Paciente

Assinatura: _____

Salvador/BA, _____/_____/_____

( ) Responsável

Nome: _____

Identidade nº:_____ Grau de Parentesco:_____

Assinatura: _____

Salvador/BA, _____/_____/_____

ITAIGARA MEMORIAL
HOSPITAL DIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO – PEQUENA CIRURGIA

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	**RG Nº:**
PRONTUÁRIO:	**ATENDIMENTO:**

Declaração do Médico Responsável

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o (a) paciente e/ou seu (s) familiar (es), ou responsável (eis), o procedimento, os riscos e complicações, as orientações pré e pós procedimento. CONFIRMO ter respondido às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura sobre carimbo do médico: _____

Salvador/BA, _____/_____/_____