

Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento (Consentimento Informado) para Procedimentos Invasivos e Cirurgias

Autorizo a realização do(s) seguintes(s) procedimentos(s) invasivos e/ou cirurgia(s): (não é permitido o uso de abreviaturas e siglas)

_____ no paciente (acima citado).
No caso de envolver lateralidade, especificar: () Direito, () Esquerdo, () Bilateral indicado pelo médico(a)/cirurgião(ã)-dentista Dr.(a) (abaixo identificado), após ter sido informado(a) do resultado das avaliações e exames, que revelaram as seguintes alterações e/ou diagnóstico(s):

1. Recebi explicações claras sobre as alternativas de tratamento, riscos, benefícios e complicações potenciais.
2. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento, incluindo transfusão sanguínea e/ou cirurgia que sejam necessários em decorrência de situações imprevistas e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
3. Autorizo a divulgação das informações médicas contidas em meu prontuário, exclusivamente para finalidade científica da Instituição, desde que minha identidade permaneça anônima.
4. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente durante o procedimento realizado seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico e terapêutico, bem como para propósitos científicos ou educacionais.
5. Autorizo a realização de filmagens/fotografias e, caso necessário, a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a)/cirurgião(ã)-dentista, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro, assegurando o pleno sigilo de minha identidade.
6. Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas, reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).
7. Estou ciente que posso solicitar esclarecimentos das dúvidas que possam surgir em qualquer fase do tratamento.
8. Estou ciente de que, no momento da alta, deverei estar acompanhado por uma pessoa adulta capaz e responsável.
9. **Estou ciente das medidas de segurança e precaução adotadas pelo hospital em face à pandemia de COVID-19 para realização de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, que também me foram explicadas pela médica(o) ou dentista responsável, e que não há isenção do risco de contaminação pelo Coronavírus.**
10. Declaro que recebi as explicações, li, compreendi e concordo com o exposto acima e que me foi dada a oportunidade para anular (itens 3 e 5).

_____ São Paulo, / /

Hora: _____

Preenchido pelo paciente ou responsável:

Paciente – Assinatura usual do paciente:

Responsável – Nome: _____ Doc. Identidade nº: _____

Grau de Parentesco: _____ Assinatura: _____

Preenchido pelo médico:

Expliquei de forma clara e objetiva todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia ao paciente acima identificado e/ou seu responsável, assim como os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável está (ão) em condições de compreender o que lhes foi informado e de determinar de acordo com o entendimento que possui.

Nome: _____

CRM: _____

Assinatura: _____

O nome e CRM podem ser substituídos pelo carimbo legível