



HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS

Nº do Atendimento:	Nº do Prontuário:
Nome:	Data de Nascimento:
Data de Internação:	Leito:
Médico:	Convênio:

Termo de Consentimento para procedimentos Cirúrgicos e Invasivos

Este Termo de Consentimento, deve obrigatoriamente:

- Ser assinado pelo MÉDICO e/ ou PROFISSIONAL DE SAÚDE HABILITADO que realizará o procedimento;
- Ser assinado pelo PACIENTE, sempre LÚCIDO E CAPAZ e na impossibilidade poderá ser assinado por seu responsável legal;
- Ser preenchido SEM ABREVIATURAS E SIGLAS de qualquer natureza e de forma LEGÍVEL.

O presente Termo de Consentimento tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual(is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços desta unidade. Autorizo o Dr(a). _____ pertencente ao corpo clínico do Hospital Sírio-Libanês a realização do(s) seguinte(s) Tratamento(s), Assistência Clínica ou Procedimento(s):

A proposta do(s) Tratamento(s) Assistência Clínica ou Procedimento(s) a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicados claramente pela equipe. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital para ser alcançado/obtido o melhor resultado. Também estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica ou Procedimento, assim como pode ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas e aumentar o tempo de internação, se aplicável. Infecções relacionadas não podem ser descartadas, mesmo com a adoção de todas as medidas preventivas preconizada para a assistência à saúde. Confirmando que compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

Declaro que fui devidamente informado que, nos procedimentos cirúrgicos/invasivos em que for possível e cuja função de gravação esteja disponível em equipamento, poderá haver gravação do procedimento pelo médico. As imagens gravadas ficarão armazenadas no sistema desta unidade pelo prazo de 30 dias. Após esse prazo as imagens serão apagadas, não sendo possível a sua recuperação.

Declaro que fui devidamente esclarecido pelo médico responsável que tenho indicação de realizar o procedimento cirúrgico/invasivo acima citado neste momento, pois minha doença pode ser agravada caso seja postergado (doença tempo sensível). Estou ciente que mesmo com todos os cuidados de segurança instituídos por esta unidade, um resultado negativo do teste PCR não exclui que eu possa estar em um período de incubação do COVID-19 (que pode ser de até 14 dias), e compreendo que poderei manifestar sintomas posteriores ao meu período de permanência por uma contaminação anterior ou posterior ao mesmo.

ESTE ESPAÇO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Paciente Assinatura: _____

Responsável Nome: _____ Assinatura: _____
Grau de parentesco: _____ Documento de Identidade: _____

Local: _____, _____ de _____ de 20____. Hora: _____:_____

ESTE ESPAÇO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO MÉDICO / BIOMÉDICO

Expliquei todo o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica ou Procedimento(s) ao paciente acima identificado e/ou seu responsável, sobre 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 em condições de compreender o que lhes foi informado.

Médico/Biomédico	CRM/CRBM
Assinatura	