

FORMULÁRIO
TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
COLECISTECTOMIA
HOSPITAL OURO BRANCO

INT: 010

Revisão:001
Data: 13/12/2022

DADOS DO PACIENTE

Nome: _____ Quarto / Leito: _____ /
Data de Nascimento _____ Convênio: _____
Sexo: _____ Atendimento: _____
Nome da Mãe: _____ Prontuário: _____
Idade: _____

TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO COLECISTECTOMIA

Eu _____ portador do RG: _____ e CPF: _____
Declaro que optei em realizar o procedimento cirúrgico de Videocolecistectomia ou colecistectomia aberta com ou sem Colangiografia, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que o cirúrgico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

Nome Médico: _____, CRM: _____ /
Declaro que após a apresentação de métodos alternativos, foi-me sugerido o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando-me informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado.

Declaro também estar ciente das possíveis complicações, tais como: necessidade de conversão para cirurgia aberta devido inflamação grave da vesícula ou cálculos em colédoco (quando a cirurgia inicia é videolaparoscópica), lesão do colédoco, infecções, lesão de outros órgãos (principalmente intestinos), hemorragias, trombose venosa profunda, embolia pulmonar, em geral muito grave, podendo levar a óbito, possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (cicatriz hipertrófica-grosseira) e infecção relacionada à assistência à saúde.

Declaro ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendi perfeitamente e aceitei, compromissando-me a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que 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) a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em minhas 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, expressei meu pleno consentimento para a realização do procedimento anestésico-cirúrgico citado.

Teutônia:

Assinatura Paciente

Assinatura Cirúrgico

Assinatura Responsável:

Assinatura, CPF

Assinatura, CPF