

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CIRURGIA ROBÓTICA		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

Definição: A cirurgia robótica consiste em uma técnica cirúrgica minimamente invasiva, com a provável diminuição da dor e sangramento, pela qual o cirurgião manipula remotamente o robô, realizada através pequenos orifícios na área a ser operada, introduz uma câmera e instrumentos específicos ligados aos braços do referido equipamento, o que possibilita a visualização ampliada tridimensional e em alta definição da região a ser operada, bem como a execução dos movimentos comandados pelo cirurgião de forma precisa, ágil e sem tremores.

Nos termos da legislação vigente, que garante ao paciente a plena informação sobre seu estado de saúde e sobre o procedimento a ser realizado, em pleno gozo de minhas faculdades mentais, DECLARO que:

1. Fui esclarecido(a) sobre as técnicas existentes para a realização do procedimento cirúrgico ao qual serei submetido(a), bem como sobre as alternativas, riscos, benefícios e possíveis complicações.
2. Compreendo que durante o procedimento cirúrgicos propostos para tentar curar, ou melhorar a condição de saúde apresentada, poderá surgir situações imprevisíveis ou fortuitas, motivo pelo qual, desde já autorizo a equipe médica a intervir e utilizar todos os recursos disponíveis na Instituição.
3. Estou ciente de que, em procedimentos médicos invasivos, como o citado, podem ocorrer complicações gerais, incluindo, mas não se limitando a sangramento, hematoma(s), infecção (local ou disseminada), problemas cardiovasculares e respiratórios, bem como que, havendo comorbidades, os riscos e complicações podem ser potencializados.
4. Fui informado(a) também que nos casos de procedimentos minimamente invasivos vídeo-assistidos com e sem auxílio de robô, podem ocorrer situações imprevisíveis que exijam a conversão do procedimento para uso de técnicas convencionais.
5. Estou ciente de que, para realização do(s) procedimento(s) acima especificado(s), poderá ser necessária a utilização de órteses, próteses e materiais especiais sobre as quais fui devidamente informado(a) dos riscos, ficando desde já pré-autorizados os referidos procedimentos.
6. Estou ciente de que, para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s), poderá ser necessária a aplicação de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesiologista. Estou ciente também quanto aos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico apresentado em termo específico pelo médico especialista em anestesiologia.
7. Estou ciente que o presente procedimento contempla o uso de técnicas não convencionais, que eventualmente não possuam cobertura contratual junto às operadoras/seguradoras de Planos de Saúde, e consequentemente me responsabilizo, direta e exclusivamente, por todos os custos envolvidos com a internação, materiais, medicamentos e honorários médicos de toda a equipe envolvida.

8. Embora sejam feitas todas as técnicas para evitar sangramento e perda sanguínea acima do previsto, podem ocorrer hemorragias que necessitem de transfusão sanguínea. Em casos raros de hemorragia maciça por ruptura de grandes vasos, pode haver risco de morte. A transfusão visa salvar a vida do paciente ou evitar danos graves aos órgãos. Os riscos incluem reações alérgicas e febris, enquanto as alternativas (como expansores plasmáticos) serão utilizadas conforme o julgamento médico, embora nem sempre substituam a necessidade de sangue real.
9. Foram observadas todas as orientações necessárias para o procedimento, bem como foram fornecidas à equipe médica, as informações sobre o estado de saúde do(a) paciente, incluindo doenças, medicações acerca das quais apresenta alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar, tendo recebido orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.
10. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas de maneira satisfatória. Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis de acontecer neste procedimento/tratamento, mas apenas os mais frequentes. Contudo, fui amplamente esclarecido pelo médico assistente.
11. Li e recebi esclarecimentos de forma compreensível pelos médicos assistentes e equipe, incluindo o direito de revogação do consentimento dado, desde que seja feito por escrito e antes do início da realização do procedimento proposto. Diante das afirmações acima evidenciadas, declaro ter plena ciência dos riscos e recomendações quanto ao procedimento a ser realizado, e por livre e espontânea vontade AUTORIZO a realização da cirurgia robótica indicada pelo médico responsável, bem como a inclusão do presente Termo no prontuário médico quando de sua realização.
12. Sei que possuo o pleno direito de revogar este consentimento a qualquer tempo antes do início do procedimento, sem que isso implique qualquer penalidade ao meu atendimento. Comprometo-me a expressar previamente negativas de forma expressa e irrevogável a atos, tratamentos ou condutas, os quais opto por não autorizar: Confirmando que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas em linguagem de fácil entendimento.
13. Fui exaustiva e claramente informado(a) pelo meu médico assistente sobre os riscos, as implicações clínicas e os potenciais prejuízos ao sucesso do meu tratamento, recuperação ou mesmo risco à vida decorrentes da não realização específica destes atos recusados. Compreendo plenamente as consequências dessa limitação ao escopo do tratamento e assumo integral responsabilidade por esta decisão, isentando a equipe médica e a instituição hospitalar por eventuais complicações que decorram diretamente desta recusa parcial.
14. Declaro ter sido devidamente informado(a) e compreender que a instituição atua como um hospital de ensino. Estou ciente e concordo que, em virtude dessa natureza institucional, meu atendimento poderá contar com a participação de médicos residentes, internos e outros profissionais de saúde em treinamento, os quais poderão realizar avaliações clínicas, prescrever tratamentos e atuar nos procedimentos indicados.



PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

Declaro que expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está(ão) em condições de compreender o que lhes foi informado.

PROFISSIONAL

Nome:

Número do Conselho Profissional/ES:

_____ às _____ de _____ de _____ de _____.
Local, hora, data

1ª via: médico 2ª via: Paciente 3ª via: Prontuário *(levar para o Hospital no dia do procedimento)*.