

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIRURGIA ROBÓTICA

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC

ENDEREÇO

TELEFONE

Identificação do Responsável:

Responsável (Grau de Parentesco): _____

Endereço: _____

Identidade nº: _____ CPF nº: _____

Telefone: _____

Identificação do Médico/Hospital:

Nome do médico: _____

CRM: _____

Hospital _____

CNPJ Hospital _____

Procedimento: _____

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:

i) 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.

ii) 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.

iii) 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.

iv) Fui informado(a) também que nos casos de procedimentos minimamente invasivos videoassistidos com e sem auxílio de robô, podem ocorrer situações imprevisíveis que exijam a conversão do procedimento para uso de técnicas convencionais.

v) Estou ciente de que, para realização do(s) procedimento(s) acima especificado(s), poderá ser necessária a utilização de órteses, próteses e materiais especiais. Ainda, que poderá ser necessária

transusão de sangue, sobre a qual fui devidamente informado(a) dos riscos, ficando desde já pré-autorizados os referidos procedimentos.

vi) Estou ciente de que, para realizar o(s) procedimentos(s) acima especificado(s), poderá ser necessária a aplicação de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anesthesiologista. Estou ciente também quanto aos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico, e desde já manifesto meu de acordo em relação a adoção dos mesmos.

vii) 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 conseqüentemente me responsabilizo, direta e exclusivamente, por todos os custos envolvidos com a internação, materiais, medicamentos e honorários médicos de toda a equipe envolvida.

viii) 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.

ix) 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.

x) 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.

Declaro, finalmente, ter compreendido e concordado com todas as condições deste Termo de Esclarecimento e Responsabilidade, expressando minha concordância livre, esclarecida, irrevogável e irretroatável mediante assinatura abaixo.

Sendo esta a expressão da verdade,

PACIENTE/RESPONSÁVEL

Nome: _____

Identidade Nº: _____ CPF Nº: _____

Assinatura: _____

Responsável (Grau de Parentesco): _____

Identidade Nº: _____ CPF Nº: _____

Assinatura: _____

Telefone de Contato: (____) _____

Local:

Data: ____/____/____, Hora: ____: ____

MÉDICO

Nome do médico: _____

CRM: _____

Hospital _____

CNPJ Hospital _____

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.

Assinatura: _____

Local: _____

Data: ____/____/____, Hora: ____: ____