COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

PACIENTE

RG | CPF | DATA NASC.

Eu, _____, autorizo o Dr. _____, CRM: _____, e a sua equipe, a realizar o procedimento "colecistectomia videolaparoscópica" para o tratamento de colecistite.

Recebi todas as explicações necessárias acerca dos benefícios e alternativas de tratamento, incluindo os riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s), bem como fui devidamente informado (a) que a operação pode apresentar riscos que incluem:

necessidade de conversão para a operação aberta (laparotomia ou corte maior), hérnia, infecção, sangramento, perfuração de vísceras, lesão de via biliar principal (colédoco), risco anestésico, risco de reações alérgicas a medicamentos, risco de vida, entre outros.

Estou ciente de que, durante o procedimento para tentar curar e/ou melhoras a condição clínica acima referida, poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis ou fortuitas.

Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico.

Por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, excluindo-se os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a concretude singular de cada evento.

Após a leitura atenta deste termo de consentimento, afirmo que me foram esclarecidas todas as dúvidas sobre a doença, a operação, as complicações da operação e a evolução pós-operatória, não sendo negado o esclarecimento de quaisquer das minhas dúvidas, e por isso firmo este termo de consentimento.

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL	MÉDICO
Nome (se resp. legal):	Nome:
Grau de parentesco:	CRM:
RG: CPF:	

_____, ___ de _____ de _____.

TESTEMUNHAS

Nome completo:	Nome completo:
RG:	RG:

1ª via: médico 2ª via: paciente 3ª via: prontuário *(levar para o Hospital no dia do procedimento)*