

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	Preencher quando não houver etiqueta	
		Paciente:	
	CIRURGIAS OU PROCEDIMENTOS INVASIVOS	Data de Nascimento:	
	Prontuário:		

PROCEDIMENTO OU CIRURGIA SOLICITADA/INDICADA: não colocar abreviaturas

No caso de envolver lateralidade, especificar: () direito () esquerdo () bilateral

Descrição do Procedimento / Objetivos / Riscos e Benefícios

O QUE É UM CIRURGIA OU PROCEDIMENTO INVASIVO? Cirurgia é uma forma de tratamento por meio da utilização de processos operatórios (com necessidade de incisões na pele ou mucosas) e instrumentais. Um procedimento invasivo é uma forma de tratamento que também requer o uso de instrumentais para realização de procedimentos no meio interno do paciente, seja para tratamento ou para diagnóstico.

POR QUE EU SEREI SUBMETIDA A ESTA CIRURGIA/PROCEDIMENTO? Conforme explicação prévia do meu médico, entendi a necessidade e as vantagens da realização do procedimento ou cirurgia, seja para tratamento ou para diagnóstico.

PRECISA DE ANESTESIA? Sim. Esta será avaliada e realizada pelo médico anestesiolista. Mais informações sobre este procedimento serão dadas no TCLE de Anestesia.

QUAIS OS RISCOS E DESCONFORTOS DE UMA CIRURGIA/PROCEDIMENTO? Na maioria dos procedimentos cirúrgicos, a paciente poderá apresentar dor depois da cirurgia, que será amenizada com medicações. É comum um inchaço na área operada e poderá ocorrer também alteração da sensibilidade. Sempre haverá formação da cicatriz, permanente, que pode ficar grossa (queloide), podendo também deixar alguma mancha em decorrência da cicatrização. Existe também o risco de infecção após uma cirurgia, mesmo que todos os cuidados para evitar que isto aconteça sejam tomados. Haverá sempre um risco menor de sangramento e hemorragia no local, podendo acumular líquidos como linfa (seroma) e sangue (hematoma) que podem drenar através dos pontos, sem configurar falha no cuidado. Poderá ocorrer deiscência (abertura dos pontos) e haver necessidade de outros procedimentos cirúrgicos no futuro para correção. Cirurgias no abdômen podem levar a maior chance de aderências e lesões de outros órgãos. Todo procedimento e cirurgia aumenta o risco de tromboembolismo (sangue coagulado de uma veia que se desloca de seu local de formação e migra para um dos pulmões). O risco de óbito existe, mas geralmente é muito baixo e depende do procedimento a ser realizado e do estado prévio de saúde do paciente. Mais raramente, existe também o risco de necrose (desvitalização do tecido), que podem necessitar de novas cirurgias reparadoras, às vezes com resultados somente paliativos. Alguns pacientes apresentam transtornos do comportamento afetivo (ansiedade ou depressão) após resultados cirúrgicos abaixo de suas expectativas.

E SE ALGO NÃO CORRER COMO O ESPERADO? Neste caso, concordo e autorizo meu médico a realizar, durante minha internação, todos os atos necessários para preservar minha vida, inclusive transfusão de sangue e hemocomponentes, modificar a técnica cirúrgica definida e novos exames ou procedimentos diferentes daqueles propostos inicialmente, para o melhor resultado da minha cirurgia.

DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Diante do exposto, declaro que li e entendi os riscos e benefícios referentes ao procedimento, tendo a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas. Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de explicação, poderei revogar este consentimento e desistir do procedimento proposto, sem qualquer penalização ou prejuízo do meu cuidado.

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	Preencher quando não houver etiqueta		
		Paciente: _____		
	CIRURGIAS OU PROCEDIMENTOS INVASIVOS	Data de Nascimento: _____	_____	
		Prontuário: _____	_____	

Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente durante o procedimento realizado seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico e terapêutico.

Estou ciente de que, no momento da alta, deverei estar acompanhado por uma pessoa adulta.
 () PACIENTE () RESPONSÁVEL – Neste caso, preencher grau de parentesco.

Nome Legível: _____

Assinatura: _____ Grau de Parentesco: _____

Identidade: _____

Aracaju ____/____/____

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Declaro que expliquei de forma clara e objetiva todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia ao paciente e/ou seu responsável, assim como os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido a perguntas para esclarecer todas as dúvidas pertinentes. De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável legal está em condições de compreender o tratamento proposto.

Assinatura e carimbo do profissional: _____

Aracaju ____/____/____

CONSENTIMENTO NÃO OBTIDO: Emergência e Urgência

Devido ao quadro clínico grave do paciente, em urgência ou risco iminente de morte, não foi possível fornecer ao mesmo ou ao seu responsável as informações necessárias para a obtenção deste consentimento informado. Assim, baseado no melhor julgamento clínico e respaldado pelas melhores práticas médicas, realizei e registrei em prontuário o motivo da necessidade do procedimento em caráter emergencial e os procedimentos necessários e adequados para melhorar a situação clínica do paciente.

Assinatura e carimbo do profissional: _____

Aracaju ____/____/____