


| | | |
|---|--|---|
|  <p>SANTA HELENA HOSPITAL E MATERNIDADE</p> | TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) | Preencher quando não houver etiqueta |
| | OBSERVAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO | Nome da paciente: _____ Data de nascimento: ____/____/____ |

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO |
|---|
| <p>I. Categoria onde é necessário apenas autorização da paciente e do obstetra assistente assinando este TCLE, sem a necessidade de liberação do diretor técnico:</p> <p>() Graduando de medicina ou enfermagem para assistir procedimento cirúrgico do tipo cesariana ou parto normal (hands-off), na categoria de acompanhante da paciente (dentro os três permitidos em sala)</p> <p><i>Obs.: para profissionais de saúde com autorização para entrada no CC do HMSH (médico/enfermeiro formado, doula, enfermeiro obstétrico ou fisioterapeuta obstétrico, desde que convidado pela família), dentro do número de três pessoas conforme descrito no PROT.DT.018, não há necessidade de TCLE assinado pela paciente</i></p> <p>II. Categoria que necessita de autorização prévia da direção técnica (procurar o SAME – ramal 1300 - para agendar 5 dias antes do procedimento):</p> <p>() Médico em número maior e caráter excepcional (quarta pessoa em sala, que não pertença ao corpo clínico do HMSH) para assistir parto;</p> <p>() Enfermeiro ou Médico para assistir procedimento cirúrgico não obstétrico;</p> <p>Refere-se à formalização de autorização por parte do paciente e/ou seu responsável para que uma pessoa que se enquadra na categoria acima assinalada possa assistir ao seu procedimento no Hospital e Maternidade Santa Helena.</p> <p>Ressaltamos que o graduando ou profissional liberado para estar em sala cirúrgica como acompanhante não está autorizado a realizar registros de imagem e/ou vídeos, bem como o mesmo não participará ativamente do procedimento cirúrgico e não interferirá nas condutas do médico assistente, sendo permitido apenas a observação dos procedimentos e técnicas realizadas pela equipe cirúrgica. A confidencialidade de todos os procedimentos realizados é responsabilidade e dever dos profissionais de saúde, a fim de resguardar as informações de seus pacientes.</p> |

| DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL |
|---|
| <p>Eu, _____,</p> <p>autorizo _____,</p> <p>a assistir o procedimento cirúrgico, seguindo as normas acima relatadas.</p> <p>() PACIENTE () RESPONSÁVEL. Informar grau de parentesco: _____</p> <p>Nome legível: _____</p> <p>Assinatura: _____</p> <p style="text-align: right;">Aracaju, ____/____/20__</p> |

| DEVE SER PREENCHIDO PELO CIRURGIÃO ASSISTENTE |
|---|
| <p>Autorizo a presença em sala do graduando ou profissional acima apresentado durante todo o procedimento cirúrgico. No caso de graduando em caráter de aprendiz, responsabilizo-me por supervisioná-lo durante todo o procedimento.</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura e carimbo do médico cirurgião</p> |

Visto do diretor técnico quando necessário