

 <p>SANTA HELENA HOSPITAL E MATERNIDADE</p>	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	Preencher quando não houver etiqueta	
		Paciente: _____	
	HISTEROSCOPIA	Data de Nascimento: _____	_____
		Prontuário: _____	_____

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.

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.

Declaro que entendi que o procedimento não deve ser realizado em gestantes e informo que não estou gestante.

() PACIENTE () RESPONSÁVEL – Neste caso, preencher grau de parentesco.

Nome Legível: _____

Assinatura: _____ Grau de Parentesco: _____

Identidade: _____

Aracaju ____ / ____ / ____

Hora: ____ : ____

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 ____ / ____ / ____

Hora: ____ : ____

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 ____ / ____ / ____

Hora: ____ : ____