



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AMPUTAÇÃO

Atend. \_\_\_\_\_

Pront. \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Fone Residencial: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Médico Resp.: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Fone Contato: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

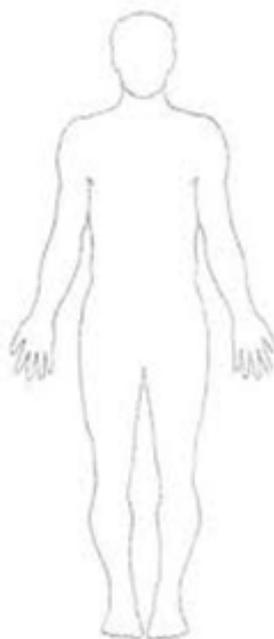
Grau: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Observação: \_\_\_\_\_

Lateralidade ( ) Direito ( ) Esquerdo ( ) Bilateral



**1.** A amputação é a retirada, normalmente cirúrgica, total ou parcial de um membro, constituindo uma forma de tratamento, de um modo geral, em razão de problemas vasculares, traumatismos, diabetes, tumor, deformidade congênita, entre outros. Trata-se de um procedimento de grande complexidade e, a depender da doença de base do paciente, exigirá diferentes técnicas cirúrgicas.

**2.** Compreendo que, durante o procedimento para tentar melhorar a condição supracitada, poderá apresentar-se outra situação ainda não diagnósticas pelo exame já realizado, assim como também poderá ocorrer situações imprevisíveis ou fortuitas.

**3.** Foram-me explicados os benefícios e as possibilidades de ter os resultados que espero e quaisquer problemas potenciais que possam ocorrer durante a recuperação e os riscos que existem em não realizar o procedimento.

**4.** Estou ciente do risco de contrair o Novo Coronavírus – COVID-19 durante a internação ou no período pós operatório, podendo desenvolver complicações respiratórias associadas.

**5.** É de minha livre escolha realizar o procedimento acima com esta equipe médica, nesta Instituição, estando ciente dos riscos potenciais deste procedimento, sendo eles: sangramento, hematoma, edema, infecção, deiscência de ferida operatória.

**6.** Autorizo o médico abaixo identificado, bem como seus assistentes e/ou outros profissionais por ele selecionados a intervir no procedimento.



vida é movimento

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AMPUTAÇÃO

Atend. \_\_\_\_\_

Pront. \_\_\_\_\_

### PREENCHIMENTO PELO PACIENTE/RESPONSÁVEL

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com tudo o que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

( ) Paciente ( ) Responsável

Nome legível: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_ RG n°: \_\_\_\_\_

São Paulo \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_: \_\_\_\_

### PREENCHIMENTO PELO MÉDICO

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento descrito. De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do Médico: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_