



vida é movimento

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO ORTOPÉDICO

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. Fui informado pelo médico abaixo identificado de que as avaliações e exames realizados revelaram alteração e/ou hipótese diagnóstica: \_\_\_\_\_

2. 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.

3. O meu médico me informou as possíveis consequências da não realização deste procedimento e/ou tratamento.

4. É de minha livre escolha realizar o procedimento \_\_\_\_\_ com esta equipe médica, neste hospital, estando ciente dos riscos potenciais deste procedimento, sendo eles: dor pós-operatória, correção parcial da deformidade, recidiva da deformidade, sangramento, infecção no local da cirurgia, infecção respiratória, constipação, retenção urinária, lesão nervosa e/ou vascular, deiscência de ferida cirúrgica, soltura do material de síntese (quando utilizado), não consolidação óssea, lesão de pele por pressão.

Complicações graves são muito raras, mas podem levar a hospitalização prolongada, necessidade de repetição da cirurgia ou muito raramente levar a óbito.

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. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

6. O tratamento adotado não assegura a garantia de cura.

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

### **PREENCHIMENTO PELO PACIENTE/RESPONSÁVEL**

Confirmando 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: \_\_\_\_: \_\_\_\_



vida é movimento

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA  
PROCEDIMENTO CIRURGICO ORTOPÉDICO**

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

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

**PREENCHIMENTO PELO MÉDICO**

Confirmando 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: \_\_\_\_\_