



vida é movimento

# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA CIRURGIAS DE COLUNA

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: \_\_\_\_\_

( ) DESCOMPRESSÃO

( ) ARTRODESE

( ) ESCOLIOSE

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

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

3. É de minha livre escolha realizar o procedimento \_\_\_\_\_ com esta equipe médica, neste hospital, estando ciente dos riscos potenciais deste procedimento, sendo eles: lesão de pele por atrito na movimentação do paciente, dor lombar ou torácica pós operatória, falha nos implantes/pseudoartrose, reações alérgicas as medicações utilizadas, hematoma local ou epidural, lesões neurológicas, lesão oftalmológicas, recidiva dos sintomas e reoperação, fístula liquórica, tromboembolismo venoso periférico e pulmonar, causada pela coagulação do sangue no interior das veias, infecção, deiscência de ferida cirúrgica. \_\_\_\_\_

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.

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

5. 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: \_\_\_\_: \_\_\_\_

### 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: \_\_\_\_\_