



**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: \_\_\_\_\_