

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para
realização de Amputação de Membros**

Este Termo de Consentimento livre e esclarecido tem o objetivo de **informar ao paciente e/ou ao seu responsável/representante legal, o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do procedimento cirúrgico para amputação de membros** ao qual o paciente será submetido, complementando as informações prestadas pelo médico assistente e pela equipe multidisciplinar do Hospital Sepaco.

Eu (paciente / nome completo) _____

Data de nascimento _____ nome da mãe (completo) _____

_____.

Para paciente com incapacidade civil / mental (acompanhante e / ou responsável legal)

Eu (nome completo), _____,

portador da cédula de identidade nº _____, responsável pelo (a)

paciente (nome completo) _____

Data de nascimento _____ e nome da mãe (completo) _____

_____.

Membro e nível anatômico do membro a ser amputado: _____

_____;

Local do sepultamento: _____

Data da realização ____ / ____ / ____

Declaro que:

- I. Após a realização de exames e cuidadosas avaliações fui informado da necessidade e indicação do procedimento cirúrgico para amputação do membro acima descrito;
- II. Recebi todas as informações necessárias relacionadas ao referido procedimento, a técnica a ser utilizada, os riscos de realizá-la ou não, os seus benefícios, possíveis intercorrências, eventuais complicações e, também, possíveis alternativas de tratamento. Tudo foi devidamente esclarecido. Todas as minhas perguntas foram detalhadamente respondidas e as minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente;

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para realização de Amputação de Membros

- III.** Fui informado que, eventualmente, em decorrência de situações ainda não diagnosticadas ou de complicações emergenciais, inesperadas e não discutidas ou previstas, poderá ser necessário qualquer outro procedimento cirúrgico ou invasivo, a realização de novos exames, a aplicação de medicamentos e até transfusão sanguínea, caso seja necessário;
- IV.** Estou ciente que, durante o procedimento, o médico responsável poderá alterar o nível do membro a ser amputado, conforme a necessidade, dependendo do grau e extensão da lesão, visando o melhor e mais adequado tratamento;
- V.** Tenho consciência que, apesar da evolução na medicina e da perícia do médico, não existe qualquer garantia de resultado do tratamento e que todo tipo de procedimento cirúrgico para amputação de membros pode ter complicações inesperadas, riscos de sequelas graves, incapacidade permanente e até de morte;
- VI.** Prestei ao médico todas as informações relativas à saúde e hábitos do paciente, presentes e passadas, clínicas e cirúrgicas, inclusive as medicações em uso já utilizadas, e fui avisado que qualquer omissão ou informação equivocada poderá trazer graves prejuízos ou comprometer o resultado do procedimento;
- VII.** Estou plenamente informado e satisfeito com as informações recebidas e sei que poderei esclarecer quaisquer novas dúvidas que possam surgir em qualquer fase do tratamento; e,
- VIII.** Estou ciente da minha responsabilidade pelo sepultamento do membro a ser amputado e que no momento da alta o paciente deverá estar necessariamente acompanhado por uma pessoa adulta.

LIDO, COMPREENDIDO, CIENTE E DE ACORDO COM TODO O CONTEÚDO DESTES TERMOS, AUTORIZO EXPRESSAMENTE A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO ACIMA.

(Reservo-me o direito de revogar, total ou parcialmente, este consentimento antes da realização do procedimento)

Deve ser preenchido pelo paciente ou responsável/acompanhante:

Paciente Responsável / acompanhante

Nome _____

Grau de parentesco _____ assinatura _____

São Paulo, ____ / ____ / ____

Hora: _____:_____

() Autorizo a realização de filmagens/fotografia por profissionais indicados pelo Hospital Sepaco exclusivamente para fins científicos. Essas filmagens/fotografias e as informações contidas no prontuário médico do paciente somente poderão ser utilizadas e divulgadas para finalidade científica e desde que o paciente não seja identificado, sob pena de responsabilidade civil.

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para
realização de Amputação de Membros****Deve ser preenchido pelo médico:**

Declaro para os devidos fins e efeitos que expliquei ao paciente ou seu responsável/acompanhante / representante legal, de forma clara e objetiva **o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do procedimento cirúrgico para amputação de membros** a ser realizado, assim como os seus benefícios e alternativas, esclarecendo suas dúvidas e deixando-o livre para decidir sobre a sua realização. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável/representante legal, está em perfeitas condições de compreender todo o conteúdo desde Termo e de autorizar a realização do procedimento indicado.

Nome do médico _____ CRM _____

Assinatura: _____ São Paulo, ____ / ____ / ____