

**Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Procedimentos e Cirurgias.  
(Consentimento informado – Norma Técnica Resolução SS-169 de 19/06/96)**

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA O SEGUINTE PROCEDIMENTO: APENDICECTOMIA**

**DECLARANTE:**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Identidade nº.: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

Paciente  Responsável ou Representante Legal

Obs.: No caso do declarante não ser o paciente, preencher os dados do paciente no espaço abaixo.

**PACIENTE:**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Identidade nº.: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

No caso de envolver literalidade, especificar: Direito  Esquerdo  Bilateral  indicado pelo(a) médico(a) / cirurgião(ã)-dentista Dr(a). \_\_\_\_\_, após ter sido informado(a) do resultado das avaliações e exames, que revelam as seguintes alterações e/ou diagnóstico(s): \_\_\_\_\_

1. Declaro que o(a) Dr(a). \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_ informou-me que, tendo em vista o diagnóstico (ou a suspeita diagnóstica) de \_\_\_\_\_, será conveniente e indicado o procedimento acima especificado.

2. A proposta do procedimento que será realizado, e seus benefícios me foram claramente explicados, assim como os riscos e complicações potenciais, especialmente os seguintes: **infecção com possibilidade de evolução para sepse; fístula entérica; sangramento; peritonite; deiscência de sutura de ferida operatória.**

3. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória. Entendo que não exista garantia absoluta para os resultados a serem obtidos.

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

5. Assim declaro agora que estou satisfeito (a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do procedimento. Por tal razão, e nestas condições. Dou o meu consentimento para que o mesmo seja realizado.

6. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

7. Autorizo a divulgação das informações médicas contidas em meu prontuário, exclusivamente para finalidade científica da Instituição, desde que minha identidade permaneça anônima.

8. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente durante o procedimento realizado seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico e terapêutico, bem como para propósitos científicos ou educacionais.

9. Autorizo a realização de filmagens/ fotografias e, caso necessário, a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo (a) meu (minha) médico (a) / cirurgião (ã)-dentista, sem qualquer ônus financeiro presente ou futuro, assegurando o pleno sigilo de minha identidade.

10. Estou ciente que posso solicitar esclarecimentos das dúvidas que possam surgir em qualquer fase do tratamento.

11. Estou ciente de que, no momento da alta, deverei estar acompanhado por uma pessoa adulta.

12. Declaro que recebi explicações, li, compreendi, tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas, concordo com o exposto acima e que me foi dado o direito de anular, neste momento, quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse, resguardando o item nº. 01 e aqueles que o médico julgue fundamental para a realização do(s) procedimentos (s) / cirurgia.

MÉDICO RESPONSÁVEL (em situações de Emergência, dois médicos deverão assinar)

Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme termo acima.

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado. Por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.

Maceió, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico – CRM

\_\_\_\_\_  
Médico – CRM

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente ou Representante Legal

Revogação: Maceió, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_

Paciente ou Representante Legal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Testemunha