

Termo de Consentimento Informado e Esclarecido - UROLOGIA

Pelo presente instrumento particular, o(a) paciente, Sr.(a) _____
ou seu responsável legal, Sr.(a) _____,
DECLARA, para todos os efeitos jurídicos e em estrita conformidade com os artigos 6º, III ("São direitos básicos do consumidor: a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade e preço, bem como sobre os riscos que apresentem"), 31 ("A oferta e apresentação de produtos ou serviços devem assegurar informações corretas, claras, precisas, ostensivas e em língua portuguesa sobre suas características, qualidade, quantidade, composição, preço, garantia, prazos de validade e origem, entre outros dados, bem como sobre os riscos que apresentam à saúde e segurança dos consumidores") e 39, VI ("É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços, dentre outras práticas abusivas: executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes"), do Código de Defesa do Consumidor (Lei n. 8.078, de 11.09.1990); 15 ("Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica") e 422 ("Os contratantes são obrigados a guardar, assim na conclusão do contrato, como em sua execução, os princípios de fé), do Código Civil Brasileiro (Lei n. 10.406, de 10.01.2002); e 59 ("É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal") do Código de Ética Médica, que dá plena autorização a CASA DE SAÚDE SÃO SEBASTIÃO LTDA.(sociedade empresária, inscrita no CNPJ/MF sob o n. 80.485.287/0001-26, sediada nesta Capital, na Rua Bocaiúva, 72 - Largo São Sebastião - CEP: 88015-530 - FONE/FAX: 3221-1000) a realizar, sob a expressa determinação e condução do Médico(a) Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM _____, todos os procedimentos invasivos necessários ao diagnóstico do estado de saúde do(a) paciente, bem como executar o tratamento médico hospitalar " _____ " ou que o caso requerer.

Declara, que o referido(a) médico(a), sugeriu o tratamento anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido, que pode estar sujeito as possíveis complicações:

COMPLICAÇÕES:

- ✓ Pós imediato UTI com monitorização contínua, uso sonda e cateter.
- ✓ Infecção.
- ✓ Embolia pulmonar.
- ✓ Trombose venosa profunda(TVP).
- ✓ Sangramento/hemorragias.
- ✓ Possibilidade de cicatrização com quelóide.
- ✓ Hematoma em ferida operatória.
- ✓ Necessidade de reoperação.
- ✓ Lesão nervosa.
- ✓ Dor, náuseas, vômitos.
- ✓ Alterações urinárias, como incontinência, retenção.
- ✓ Incapacidade de obter e/ou manter a ereção peniana (impotência sexual).
- ✓ Presença de sangue na urina após o tratamento.
- ✓ Deiscência dos pontos da sutura.
- ✓ Obstrução uretral por fragmentos.
- ✓ Estreitamento da uretra.
- ✓ Perda da sensibilidade ou sensação de dormência.
- ✓ Aumento da pressão arterial durante ou logo após o tratamento.
- ✓ Outros: _____

LATERALIDADE - CIRURGIA SEGURA: ()Direito ()Esquerdo ()Ambos ()Não se aplica

1. Foram clara e previamente explicados, ao(à) signatário(a), o procedimento médico-hospitalar proposto, os exames solicitados e o tratamento e/ou cirurgia a que será submetido o(a) paciente, em especial quanto aos seus benefícios, riscos, complicações potenciais, desconfortos e alternativas.
2. Foi concedida, ao(à) signatário(a), ampla oportunidade de fazer perguntas e de expor dúvidas, tudo lhe tendo sido respondido de maneira adequada e satisfatória pelo Médico Assistente e pelo Hospital.
3. O(a) signatário(a) compreende perfeitamente que não existe garantia absoluta de obtenção de resultado positivo com o tratamento e/ou cirurgia a que será submetido o(a) paciente.
4. O(a) signatário(a) autoriza qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, que, em situações imprevistas, se mostrarem necessários à saúde do(a) paciente e que possam modificar os cuidados inicialmente propostos pelo Médico Assistente e/ou pelo Hospital.
5. O(a) signatário(a) autoriza o encaminhamento, para exames complementares (inclusive necropsia), de qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente do(a) paciente, especialmente quando necessário ao esclarecimento diagnóstico ou ao tratamento.
6. Em caso de encaminhamento de peça cirúrgica para análise patológica as mesmas serão enviadas à laboratórios de referência e serão tomadas medidas de segurança na identificação das peças, bem como no transporte e na comunicação das mesmas.
7. Após ler e reler com atenção o presente Termo, entregue ao(à) signatário(a) e de ter recebido do Médico Assistente ou do Hospital todas as explicações solicitadas, o(a) signatário(a) confirma que o compreendeu e que com ele concorda em seu inteiro conteúdo.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações prestadas pelo médico, sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expresse o meu pleno consentimento para sua realização.

Florianópolis(SC), _____ de _____ de 20_____.

Paciente: _____

RG: _____ Ass.: _____

Resp. Paciente: _____

RG: _____ Ass.: _____

Médico: _____

CRM: _____ Ass.: _____