



HOSPITAL MUNICIPAL DE NAVIRAÍ

Rua Pelotas, 133 - Centro - Naviraí - MS
(67) 3461-1399



AUTORIZAÇÃO PARA EXECUÇÃO DE ATO TRAUMATO-ORTOPÉDICO

1. O paciente e/ou responsável reconhecem, por meio desta, a contratação dos serviços da equipe de Ortopedia e Traumatologia para a realização do procedimento cirúrgico _____ sob a responsabilidade do (a) Dr. (a) _____, neste Hospital.
2. Reconhecem ainda que há riscos na cirurgia, do mesmo modo que em qualquer procedimento Médico. Estes riscos lhes foram explicados durante a avaliação pré-operatória e todas as suas dúvidas foram esclarecidas.
3. Os Médicos Ortopedistas comprometem-se a utilizar a melhor técnica que lhes pareça adequada para o caso, estando o paciente e/ou seu responsável de acordo com a indicação feita, conforme o item anterior.

PACIENTE

NOME: _____

RG: _____

ASSINATURA: _____

RESPONSÁVEL

NOME: _____

RG: _____

ASSINATURA: _____

Cirurgião Ortopedista
(nome e assinatura)

Data: _____, _____ de _____ de _____

HOSPITAL MUNICIPAL DE NAVIRAÍ

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TODAS AS OPERAÇÕES CIRURGICA

Este é um formulário - padrão de consentimento orientado para operações cirúrgicas. As informações contidas servem tanto para pequenas cirurgias como para operações grandes em paciente com várias complicações. Estas informações não tem por objetivo assustá-lo, e sim lhe oferecer dados sobre os riscos presentes, todos os procedimentos cirúrgicos. Por exemplo: em muitas operações necessidade de transfusão de sanguínea é remota, mas mesmo assim a possibilidade de transfusão é mencionada. Esperamos que este formulário o (a) ajude a compreender melhor os acontecimentos que venham a ocorrer depois da cirurgia. Se você não entender alguma coisa. PERGUNTE:

Entendi que para evitar sangramentos não devo ingerir produtos que contenham ácido acetilsalicílico (tipo aspirina) por 7 a 10 dias da cirurgia.

Reconheço que, durante operação, no período pós-operatório ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento.

Assim sendo, autorizo o médico abaixo e os assistentes designados por ele, a executarem estes atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis.

A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou informado (a) de que existem riscos significantes, como perda severa de sangue, infecção e ataque cardíaco que podem levar à morte, à incapacidade parcial ou permanente que podem acontecer durante o desenvolvimento de qualquer procedimento. Estou ciente que nos casos de cirurgia abertas, em que se faz uma incisão, pode ocorrer infecção, dor no local da incisão ou o aparecimento de hérnia (fraqueza ou pequena abertura na parede muscular), levando à necessidade de futuros tratamentos ou procedimentos cirúrgicos.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações descritas neste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista dos riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

Estou ciente de que não existe garantia ou segurança absoluta referente aos resultados deste procedimento ou referente à cura da minha condição.

Autorizo a administração de anestesia por um médico anestesiológista aprovado pelo meu próprio médico.

Compreendo que toda anestesia envolve certo risco ou complicações e possivelmente danos severos aos órgãos vitais, como cérebro, coração, pulmões, fígado e rins, podendo resultar em paralisia, ataque cardíaco e/ou morte cerebral por causas conhecidas ou desconhecidas.

Autorizo o uso de transfusões de sangue ou de derivados do sangue se forem necessários e indicados pelos médicos.

Estou ciente de que existem doenças que podem ser transmitidas por meios destes produtos derivados de sangue, incluindo AIDS e HEPATITE. Estou ciente de que qualquer tecido ou órgão cirurgicamente removido pode ser utilizado pelo hospital ou pelo médico de acordo com a prática médica hospitalar.

Estou ciente de que posso apresentar reações alérgicas desconhecidas por mim e pelos médicos aos medicamentos ou soluções utilizadas nos procedimentos.

Estou ciente que qualquer aspecto deste formulário de consentimento que eu não consiga entender pode ser explicado para mim em maiores detalhes apenas perguntando ao meu médico ou aos seus associados.

Certifico que meu médico informou-me sobre a natureza e as características do tratamento proposto, dos resultados antecipados do tratamento para esta patologia e dos possíveis riscos e complicações conhecidos, bem como dos benefícios antecipados envolvidos no tratamento proposto e nas formas alternativas de tratamento, incluindo o não tratamento.

Assinatura do paciente ou responsável: _____

Nome em letra de forma: _____

O procedimento médico ou cirúrgico descrito no formulário, incluindo os possíveis riscos, complicações, tratamentos alternativos (incluindo o não tratamento) e os resultados antecipados foram explicados por mim ao paciente ou ao seu responsável antes que o consentimento fosse assinado.

Data: ____/____/____. Hora: ____/____/____

Assinatura do médico: _____

Nome em letra de forma: _____

Apesar de seu médico poder dar-lhes todas as informações necessárias e aconselhá-lo, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.