
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>	Preencher quando não houver etiqueta	
	<b>CIRURGIAS OU PROCEDIMENTOS INVASIVOS</b>	Paciente:	
		Data de Nascimento:	
	Prontuário:		

<b>PROCEDIMENTO OU CIRURGIA SOLICITADA/INDICADA: não colocar abreviaturas</b>
<b>No caso de envolver lateralidade, especificar: ( ) direito ( ) esquerdo ( ) bilateral</b>
<b>Descrição do Procedimento / Objetivos / Riscos e Benefícios</b>
<p><b>O QUE É UM CIRURGIA OU PROCEDIMENTO INVASIVO?</b> Cirurgia é uma forma de tratamento por meio da utilização de processos operatórios (com necessidade de incisões na pele ou mucosas) e instrumentais. Um procedimento invasivo é uma forma de tratamento que também requer o uso de instrumentais para realização de procedimentos no meio interno do paciente, seja para tratamento ou para diagnóstico.</p> <p><b>POR QUE EU SEREI SUBMETIDA A ESTA CIRURGIA/PROCEDIMENTO?</b> Conforme explicação prévia do meu médico, entendi a necessidade e as vantagens da realização do procedimento ou cirurgia, seja para tratamento ou para diagnóstico.</p> <p><b>PRECISA DE ANESTESIA?</b> Sim. Esta será avaliada e realizada pelo médico anestesiológico. Mais informações sobre este procedimento serão dadas no TCLE de Anestesia.</p> <p><b>QUAIS OS RISCOS E DESCONFORTOS DE UMA CIRURGIA/PROCEDIMENTO?</b> Dependendo do procedimento, poderá ocorrer dor depois da cirurgia, que será amenizada com medicações. Existe também riscos relacionados à formação da cicatriz, que pode ficar grossa (queloide). Haverá sempre um risco menor de sangramento e hemorragia. Cirurgias no abdômen podem levar a maior chance de aderências e lesões de outros órgãos. Todo procedimento e cirurgia aumenta o risco de tromboembolismo (sangue coagulado de uma veia que se desloca de seu local de formação e migra para um dos pulmões). O risco de óbito é geralmente muito baixo e depende do procedimento a ser realizado e do estado prévio de saúde do paciente.</p> <p><b>E SE ALGO NÃO CORRER COMO O ESPERADO?</b> Neste caso, concordo e autorizo meu médico a realizar, durante minha internação, todos os atos necessários para preservar minha vida, inclusive transfusão de sangue e hemocomponentes, modificar a técnica cirúrgica definida e novos exames ou procedimentos diferentes daqueles propostos inicialmente, para o melhor resultado da minha cirurgia.</p>

	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>	Preencher quando não houver etiqueta	
		Paciente:	
	<b>CIRURGIAS OU PROCEDIMENTOS INVASIVOS</b>	Data de Nascimento:	
	Prontuário:		

**DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL**

Diante do exposto, declaro que li e entendi os riscos e benefícios referentes ao procedimento, tendo a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas. Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de explicação, poderei revogar este consentimento e desistir do procedimento proposto, sem qualquer penalização ou prejuízo do meu cuidado.

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.

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

(  ) PACIENTE                      (  ) RESPONSÁVEL – Neste caso, preencher grau de parentesco.

Nome Legível: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_

Aracaju \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

**DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO**

Declaro que expliquei de forma clara e objetiva todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia ao paciente e/ou seu responsável, assim como os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido a perguntas para esclarecer todas as dúvidas pertinentes. De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável legal está em condições de compreender o tratamento proposto.


Assinatura e carimbo do profissional: \_\_\_\_\_

Aracaju \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

**CONSENTIMENTO NÃO OBTIDO: Emergência e Urgência**

Devido ao quadro clínico grave do paciente, em urgência ou risco iminente de morte, não foi possível fornecer ao mesmo ou ao seu responsável as informações necessárias para a obtenção deste consentimento informado. Assim, baseado no melhor julgamento clínico e respaldado pelas melhores práticas médicas, realizei e registrei em prontuário o motivo da

	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>	<b>Preencher quando não houver etiqueta</b>		
	<b>CIRURGIAS OU PROCEDIMENTOS INVASIVOS</b>	Paciente:		
		Data de Nascimento:		
		Prontuário:		

necessidade do procedimento em caráter emergencial e os procedimentos necessários e adequados para melhorar a situação clínica do paciente.

Assinatura e carimbo do profissional: \_\_\_\_\_

Aracaju \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_