



**TERMO DE CONSENTIMENTO
LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

**OBSERVAÇÃO DE PROCEDIMENTO
CIRÚRGICO**

Preencher quando não houver etiqueta

Nome da paciente:

Data de nascimento: ____/____/____

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Aplica-se a:

- () Graduando de enfermagem ou medicina para assistir parto;
() Graduando de medicina para assistir procedimento cirúrgico;
() Médico para assistir procedimento cirúrgico.

Refere-se à formalização de autorização por parte do paciente e/ou seu responsável para que uma pessoa que se enquadra na categoria acima assinalada possa assistir ao seu procedimento na Clínica Santa Helena.

Ressaltamos que o graduando ou profissional liberado para estar em sala cirúrgica como acompanhante **não** está autorizado a realizar registros de imagem e/ou vídeos, bem como o mesmo não participará ativamente do procedimento cirúrgico e não interferirá nas condutas do médico assistente, sendo permitido apenas a observação dos procedimentos e técnicas realizadas pela equipe cirúrgica. A confidencialidade de todos os procedimentos realizados é responsabilidade e dever dos profissionais de saúde, a fim de resguardar as informações de seus pacientes.

DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Eu, _____,

autorizo _____,

a assistir o procedimento cirúrgico, seguindo as normas acima relatadas.

() PACIENTE () RESPONSÁVEL. Informar grau de parentesco: _____

Nome legível: _____

Assinatura: _____

Aracaju, ____/____/20____

DEVE SER PREENCHIDO PELO CIRURGIÃO ASSISTENTE

Autorizo a presença em sala do graduando ou profissional médico acima apresentado durante todo o procedimento cirúrgico. No caso de graduando em caráter de aprendiz, responsabilizo-me por supervisioná-lo durante todo o procedimento.

Assinatura e carimbo do médico cirurgião