

**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 aprendizado, responsabilizo-me por supervisioná-lo durante todo o procedimento.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do médico cirurgião