

Atendimento: 3520779

Convênio: PARTICULAR

Data de Internação: 24/07/24

Plano: PARTICULAR ITEM SEM

Médico Responsável: RAFAELA GUERRA MACIEL

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS INVASIVOS

Autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s):

#### Esclarecimento/Consentimento

Indicado pelo médico(a) abaixo mencionado(a) e sua equipe, devidamente credenciado(s) no Hospital São Camilo.

A proposta do procedimento, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos e complicações potenciais e alternativas me foram claramente explicadas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

Concordo em receber, caso seja necessário, transfusão de sangue total, de seus componentes e hemoderivados, conforme prescrição de meu médico assistente. Declaro, ainda, que me foram fornecidas as orientações que terei de observar após realização da transfusão

Não concordo em receber transfusões de sangue e/ou seus componentes e derivados e declaro estar ciente dos riscos decorrentes desta decisão. No entanto, em caso de risco iminente de morte constatado e assinado por dois médicos, declaro que é facultada aos médicos a decisão final quanto à efetivação da transfusão de sangue e hemocomponentes.

Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento acima indicado.

Entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

Declaro que tenho ciência de que está em curso a pandemia pelo Covid-19, e que a realização de exames como PCR-Covid 19 avaliam a presença de RNA viral (partícula do vírus) em coleta de secreção da orofaríngea, no momento da coleta. Há possibilidade de falsos negativos, que são inerentes à metodologia do teste. Assim, fui informado, ainda, de que pacientes assintomáticos podem apresentar os sintomas inerentes ao Covid 19 em decorrência de stress cirúrgico.

**• Fui informado (a) que a amostra de material biológico coletada durante o procedimento realizado será encaminhada pelo Hospital São Camilo para o Laboratório abaixo assinalado, indicado pelo médico.**

Laboratório Diagnóstika - Rua Frei Caneca 1119 - Consolação; CEP 01307-003; São Paulo

Diretor Técnico do Laboratório: Dra Sheila Cristina Lordelo Wludarski, CRM-SP 93.783

Autorizo o transporte da amostra para realização da análise no laboratório assinalado acima.

Laboratório \_\_\_\_\_

Diretor Técnico do Laboratório: \_\_\_\_\_, CRM-SP \_\_\_\_\_

Autorizo o transporte da amostra para realização da análise no laboratório assinalado acima.

Fui informado, ainda, de que o Hospital estabeleceu todos os procedimentos necessários para cumprimento do contido na Resolução 2169/2017 do Conselho Federal de Medicina, a qual estabelece as responsabilidades dos médicos e laboratórios em relação aos procedimentos de diagnósticos de Patologia e estabelece, ainda, normas técnicas para a conservação e transporte de material biológico em relação a esses procedimentos.

Declaro que sou responsável em encaminhar/transportar a amostra, pois optei pela realização da análise em laboratório da minha confiança. Tenho conhecimento, após orientação do médico, dos cuidados no manuseio/conservação de acordo com o preconizado pela Resolução CFM 1823/07, ou seja, fui claramente informado de que:

- Não devo violar o recipiente ou de qualquer outra forma manipular seu conteúdo;
- O material biológico me foi entregue acondicionado de forma apropriada, em recipiente dotado de mecanismos ou dispositivos que impeçam o extravasamento do conteúdo;
- Devo realizar a entrega do material para a análise no laboratório de minha escolha no prazo máximo determinado.

Assinatura do paciente ou responsável legal  
São Paulo, HORA:

#### DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal sobre o procedimento, tratamento e/ou cirurgia a ser realizado, conforme o termo acima. De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável estão em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura Digital:



Nome: **ERRO- TESTE**

Data de Nascimento: 16/11/83 - Idade: 40 Anos

Atendimento: 3520779

Convênio: PARTICULAR

Data de Internação: 24/07/24

Plano: PARTICULAR ITEM SEM

Médico Responsável: RAFAELA GUERRA MACIEL

Paciente portador de deficiência, sem acompanhe ou representa legal.

Paciente analfabeto, sem acompanhante ou representante legal.

Testemunha: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo Médico

**MÉDICO RESPONSÁVEL (em situação de Emergência, dois médicos deverão assinar).**

Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar de situação de EMERGÊNCIA.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo médico

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo médico

São Paulo \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Assinatura Digital: