

Consentimento Informado para Realização de Cirurgia

Este documento tem como objetivo o consentimento por parte do paciente (ou seu responsável) e do médico para a realização de procedimento cirúrgico. É parte da rotina deste profissional e do hospital em questão.

Paciente: **ID:**

Eu, abaixo assinado, consinto na realização de procedimento cirúrgico no paciente acima mencionado no Hospital, para tratar problema de saúde cujo diagnóstico é _____

Fui informado pelo médico dos benefícios e dos possíveis riscos do procedimento. Fui informado também sobre as alternativas ao tratamento cirúrgico.

Confirmo que escolhi este profissional de forma voluntária.

Sei que durante a realização de uma cirurgia condições inesperadas podem acontecer, e, que, neste caso, o procedimento planejado pode sofrer modificações.

Estou ciente dos principais riscos da cirurgia a ser realizada, que são os seguintes:

_____.

Fui informado também de que algumas condições, como o tabagismo, o uso de álcool, o diabetes e o reumatismo, entre outras, aumentam o risco de ocorrência de complicações.

Consinto com a aplicação da anestesia, e confirmo que fui informado sobre este assunto.

Fui informado sobre os cuidados no período pós-operatório, e estou ciente de que não tomar estes cuidados pode comprometer o resultado da cirurgia.

Estou ciente de que não existe garantia de bom resultado neste procedimento. Confirmo que o médico explicou quais os índices de falha deste tratamento.

Confirmo que as minhas dúvidas foram respondidas pelo médico, e que possuo seu telefone de contato para esclarecer outras.

Apesar de ter entendido as orientações e de concordar com o ato operatório, reservo-me o direito de cancelar este consentimento antes que a cirurgia se realize.

Paciente _____

.....

ID:

Médico:Luis Alberto Rubin.....**CRM-RS :** ...25746.....

Confirmando que concordei em realizar a cirurgia no paciente acima citado.

Confirmando que optei pela melhor técnica e pelos melhores materiais cirúrgicos disponíveis para esta cirurgia, incluindo os implantes, se necessários.

Confirmando que expliquei para o paciente e/ou seu responsável os objetivos, os benefícios, alternativas e possíveis riscos do tratamento a ser realizado.

Consinto em realizar o procedimento cirúrgico, ciente dos benefícios e riscos, e ciente do valor a receber como forma de honorários.

Porto Alegre, ____ de _____ de _____

Médico _____

Luis Alberto Rubin CRM-RS 25746