



**Termo de Consentimento Livre e  
Esclarecido para Procedimentos  
Invasivos e Cirurgias**

(Consentimento informado - Norma Técnica Resolução SS-169 de 19/06/96)

**Preencher quando não houver etiqueta**

Paciente: \_\_\_\_\_

Passagem: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_

1. A equipe médica explicou-me a proposta do procedimento a que serei submetido: \_\_\_\_\_
2. Recebi todas as explicações necessárias quanto aos tratamentos alternativos, as possibilidades de ter os resultados que espero e problemas potenciais que possam ocorrer durante a recuperação, além dos riscos que existem em não realizar o procedimento.
3. Estou ciente de que a dor pode ocorrer após o procedimento realizado e que as medidas para seu controle estarão disponíveis sempre que necessário. Compreendi a importância de comunicar à equipe assistencial a ocorrência de dor.
4. Estou ciente de que, durante o procedimento, poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticada(s) anteriormente assim como também poderá(ão) ocorrer situação(ões) imprevisível(is).
5. Estou ciente de que no procedimento invasivo proposto podem ocorrer as seguintes complicações: \_\_\_\_\_
6. Foi-me explicado que os benefícios esperados após a realização deste procedimento são: \_\_\_\_\_
7. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes em situações imprevistas que possam ocorrer e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
8. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.
9. Esta autorização é dada ao(à) médico(a) \_\_\_\_\_ bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de coparticipação.

Documento conforme a lei n° 9.434 de 04/02/1997

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado.

Paciente  Responsável (grau de parentesco): \_\_\_\_\_

Nome legível: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Identidade N.º: \_\_\_\_\_

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

**Deve ser preenchido pelo médico**

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

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

**Termo de acompanhante do paciente submetido a procedimentos ambulatoriais**

Eu, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Identidade N.º: \_\_\_\_\_

Responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento cirúrgico ambulatorial realizado no Hospital Israelita Albert Einstein, até sua residência.

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

