DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA AMBULATÓRIA

HOSPITAL / CLÍNICA: _____ Processo: _____

NOME DO MÉDICO: _____ Cédula Profissional: _____

DADOS DO DOENTE

Sr. / Sra.: _____

B.I. N.º: _____

Residente em : _____

DADOS DO REPRESENTANTE

Sr. / Sra.: _____

B.I. N.º: _____

Residente em: _____

Na Qualidade de: _____

1.- Através deste procedimento _____ pretende-se: (nota do médico)

A realização do procedimento pode ser captada em imagens para fins científicos ou didáticos.

2.- O médico explicou-me que o procedimento é realizado em ambulatório, isto é, que não necessita de internamento hospitalar. Todavia, se surgirem complicações, pode ser necessário o internamento hospitalar. O procedimento requer a administração de anestesia, de cujos riscos serei informado pelo Serviço de Anestesia. Poderá ser utilizado electrobisturi, Raios-X, ou outra tecnologia apropriada ao procedimento. São habitualmente utilizados medicamentos e soros complementares do procedimento.

3.- O médico explicou-me que este procedimento/intervenção consiste em: (nota do médico) _____

pelos motivos e com a finalidade de: (nota do médico) _____

4.- Compreendo que, apesar da adequada escolha da técnica e da sua correcta realização, podem aparecer efeitos indesejáveis, tanto os comuns derivados de toda a intervenção, e que podem afectar todos os órgãos ou sistemas, como outros específicos do procedimento:

- a) não ser possível realizar, no todo ou em parte, o procedimento/intervenção programada;
- b) manutenção da sintomatologia, apesar da correcta intervenção;
- c) complicações gerais ou locais da anestesia utilizada;
- d) dores, apesar da anestesia ou analgesia utilizada;
- e) derrames e hemorragias, operatórias ou pós-operatórias, com consequências imprevisíveis;
- f) infecções, apesar da eventual profilaxia antibiótica utilizada, da ferida cirúrgica, do(s) órgão(s) intervido(s), de outros órgãos, urinárias, ou generalizadas;
- g) lesões não esperadas do(s) órgão(s) intervido(s) ou dos órgãos anexos;
- h) complicações relacionadas com a cicatrização incluindo o aparecimento de deiscências de suturas ("abertura de costuras"), fibroses, estenoses e fístulas.

Relativamente à Cirurgia Ambulatória _____,

para além dos efeitos indesejáveis e complicações referidas, são ainda de referir a possibilidade de: (nota do médico) _____

O médico explicou-me que estas complicações habitualmente se resolvem com tratamento médico (medicamentos, soros...); no entanto, podem levar à necessidade de uma reintervenção, por vezes de urgência, envolvendo um risco de mortalidade.

5.- O médico explicou-me que, para a realização desta técnica, pode ser necessária uma preparação prévia, por vezes com algumas particularidades, tais como (nota do médico) _____

embora possa ser possível a sua realização sem uma preparação completa.

Também me explicou a necessidade de o avisar sobre as minhas eventuais alergias medicamentosas, alterações da coagulação, doenças cardiopulmonares ou outras, existência de próteses, *pacemaker*, medicações actuais ou qualquer outra circunstância que julgue relevante.

Devido à minha situação actual (diabetes, obesidade, hipertensão, anemia, idade avançada...) pode existir um aumento da frequência ou da gravidade dos riscos ou complicações, tais como (nota do médico)

6.- O médico explicou-me que a(s) alternativa(s) é(são): (nota do médico) _____

mas que, no meu caso, a alternativa terapêutica mais indicada é este procedimento/intervenção.

Compreendi todas as explicações que me foram dadas, numa linguagem clara e simples e o médico que me atendeu permitiu-me expor-lhe todas as questões e clarificar todas as minhas dúvidas.

Também compreendo que, em qualquer momento e sem necessidade de nenhuma explicação, posso revogar o consentimento que agora disponibilizo.

Desta forma, declaro que estou satisfeito com a informação recebida e que compreendo o alcance e os riscos do procedimento.

Nestas condições,

CONSINTO E AUTORIZO
Que me seja realizada CIRURGIA AMBULATÓRIA

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____

O doente: _____

Representante legal ou familiar: _____

O médico: _____