O presente Termo de Consentimento tem o objetivo informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico acima identificado, ao qual será submetido. Assim em conformidade com o Código de Defesa do Consumidor e Recomendação do CFM nº 01/2016[i], serão lhe prestadas informações claras e adequadas quanto ao procedimento a ser realizado.

| Identificação Do Paciente Ou Do Responsável Legal | |
|---|---|
| **Nome:** | |
| **Data de nascimento:** | |
| **Tipo de Documento De Identificação:** | **Nº:** |

1. Eu acima identificado, na condição de paciente do São Bernardo Apart Hospital ou de responsável legal pelo paciente_____,dt a de nascimento:_____ estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, AUTORIZO o Dr. _____, CRM nº _____ e todos os demais profissionais vinculados a assistência, a necessidade de proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do meu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado "**Tratamento de Úlceras de Pele e Infecções**", e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestesias e/ou outras condutas médicas que tal tratamento possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais da saúde.

2. Estou ciente, quanto aos riscos e benefícios inerentes a este procedimento, podendo eventualmente decorrer complicações abaixo relacionadas, mais frequentes, descritas pela literatura médica:

- Procedimento: Tratamento de Úlceras de Pele e Infecções

Lesões de pele, ossos, tendões ou articulações contêm bactérias que causam infecção e são necessários procedimentos cirúrgicos para limpeza e retirada de tecidos infectados e necrosados.

- Complicações:
  - Dependendo da gravidade do caso, as retiradas de tecido podem ser muito grandes, e as sequelas (perda de movimento, de sensibilidade, extensão de cicatrizes, etc.) serão proporcionais;
  - Quando a infecção atingir osso, isto é, osteomielite, o quadro se agrava muito, e a extensão do acometimento pode requerer variados graus de perda óssea, incompatível com manutenção de função;
  - Inúmeras cirurgias podem ser necessárias para devolver a função dos segmentos acometidos, desde pequenas a grandes, com chance de cura variável, dependendo do caso;
  - A infecção mesmo que controlada, pode voltar em qualquer tempo da vida;
  - O quadro é agravado na vigência de imunossupressão, problemas vasculares, diabete e fumo.

3. Declaro ter ciência que o São Bernardo Apart Hospital mantém uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde, conforme determinado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

4. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia que venham a ser necessários em situações imprevistas que possam ocorrer e demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

5. Com relação a transfusão de sangue ou hemoderivados, que venham a ser necessários em situações imprevistas que possam ocorrer e demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, você autoriza?

☐ Sim

☐ Não

6. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.

7. Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo melhores práticas e literatura médicas.

8. Por fim, confirmo que recebi explicações claras, objetivas e acessíveis, li, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de esclarecer eventuais dúvidas remanescentes. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

**Assinatura do Paciente e/ou Responsável:**

_____

Testemunhas (campo a ser preenchido na hipótese de paciente iletrado):

1._____. CPF: _____.

2. _____. CPF: _____.

Colatina / ES, _____ de _____de _____.

**A ser preenchido pelo médico:**

| Identificação Do Médico | | |
|---|---|---|
| **Nome:** | | |
| **CRM:** | **Tipo:** | **Nº:** |

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondi todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

Carimbo / Assinatura do Médico:

_____.

Colatina / ES, _____ de _____de _____.

i Recomendação do CFM nº 01/2016: “O CFM no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, CONSIDERANDO que o consentimento livre e esclarecido consiste no ato de decisão, concordância e aprovação do paciente ou de seu representante, após a necessária informação e explicações, sob a responsabilidade do médico, a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que lhe são indicados; CONSIDERANDO que as informações e os esclarecimentos do médico, na obtenção do consentimento do paciente, são fundamentais para que o processo ocorra livre de influência ou vício; CONSIDERANDO que são necessárias orientações éticas complementares sobre a obtenção do consentimento em situações especiais como emergências, recusa, possibilidade de transtornos psicológicos oriundos da informação, preexistência de transtornos mentais e riscos para a saúde pública; CONSIDERANDO o Princípio Fundamental XXI e os artigos 22, 31 e 34 do Código de Ética Médica; CONSIDERANDO que há insuficiência de orientações sobre quando obter o consentimento e sobre a forma de sua documentação; CONSIDERANDO o decidido em reunião plenária de 21 de janeiro de 2015; RECOMENDA Art. 1º Nas decisões sobre assistência à saúde dos pacientes, os médicos devem levar em consideração o documento Consentimento Livre e Esclarecido.”