

<b>QUALIDADE</b>		<b>Código do Formulário</b> QLD.FOR.037	
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO</b>		
	Código: CC.TCLE.046		
	Data Revisão Atual: 17/04/2023		Data do Vencimento: 17/04/2025
	Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Covid-19		

Por este instrumento particular o (a) paciente \_\_\_\_\_, nascido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ou seu responsável Sr. (a) \_\_\_\_\_, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao médico assistente, Md \_\_\_\_\_ inscrito no CRM-RS sob o Nº \_\_\_\_\_, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado " \_\_\_\_\_ " por CID-10 \_\_\_\_\_ e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido médico, atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

**Definição:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Indicações do Procedimento:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Complicações do Procedimento:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Infecção relacionada à assistência à saúde:**

A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

De acordo com a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- Cirurgias limpas: até 4%
- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

<b>QUALIDADE</b>		<b>Código do Formulário</b> QLD.FOR.037	
	TERMO DE CONSENTIMENTO		
	Código: CC.TCLE.046		
	Data Revisão Atual: 17/04/2023	Data do Vencimento: 17/04/2025	
	Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Covid-19		

**Risco Epidemiológico decorrente da COVID-19:**

Fui devidamente esclarecido pelo meu médico cirurgião e estou completamente ciente dos riscos a que estarei exposto(a) no per-operatório e no pós-operatório imediato, sobretudo no período de internação, referente a possível e eventual contaminação pelo SARS-COV 2, também conhecido como NOVO CORONAVIRUS, que tem provocado a doença atualmente denominada COVID-19. Tal risco decorrerá do contato ou aproximação com outros pacientes e profissionais da saúde, que possam estar infectados, mesmo que assintomáticos e com materiais médico-hospitalares que poderão estar infectados pelo vírus. Tenho ciência que eventual infecção pelo NOVO CORONAVIRUS poderá provocar em meu organismo febre, dores musculares, dificuldade respiratória e, até mesmo, a própria morte.

Declaro ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendi perfeitamente e aceitei, comprometendo-me respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

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 médico a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o mesmo autorizado, desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Declaro estar ciente e de acordo que, quando houver retirada de material [órgão(s) ou parte de órgão(s) amostras de tecidos ou líquidos] pelo médico responsável pelo procedimento, obtido por qualquer método (biópsia, punção aspirativa, esfregaços e/ou todo material destinado ao estudo anatomopatológico) será enviado para exames de Patologia Clínica.

Declaro ainda que o responsável por este laboratório, a partir do comprovado recebimento de seu material, assumirá a responsabilidade pelo transporte adequado e seguro do mesmo.

Que fica sob sua responsabilidade, buscar o resultado do exame, junto ao seu médico e/ou na Secretaria Municipal de Saúde de seu município (se atendido SUS).

Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns **RISCOS E COMPLICAÇÕES** deste procedimento, expresso meu pleno consentimento para sua realização.

Veranópolis (RS) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Ass. Paciente e/ou Responsável  
RG: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Md \_\_\_\_\_  
CRM \_\_\_\_\_  
CNS \_\_\_\_\_

Código de Ética Médica – Art. 22. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. Art. 34. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o

<b>QUALIDADE</b>		<b>Código do Formulário</b> QLD.FOR.037	
	TERMO DE CONSENTIMENTO		
	Código: CC.TCLE.046		
	Data Revisão Atual: 17/04/2023	Data do Vencimento: 17/04/2025	
	Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Covid-19		

prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.