

Identificadores Institucionais:

Nome: _____

Same: _____

(preencher se não estiver com etiqueta)

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS
(OPERAÇÕES E PROCEDIMENTOS INVASIVOS)**

Pelo presente termo, considerando a necessidade de intervenção cirúrgica, autorizo o médico:
A realizar o(s) seguinte(s) procedimentos(s) e/ou operação (ões):

☐ **Urgência**

☐ **Eletivo**

Declaro que:

1. Nas informações que forneci, nada omiti em relação à minha saúde e hábitos.
2. Recebi todas as informações quanto ao(s) procedimentos(s) ou operação(ões) a que serei submetido(a), incluindo seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas, considerando inclusive minhas **condições pessoais**.
3. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
4. Em caso de procedimento emergencial autorizo a realização de qualquer outro procedimento, seja exame, tratamento e/ou operação (ões), incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e que justifiquem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
5. Autorizo que seja(m) solicitados(s) exames complementares em qualquer órgão ou amostra de tecido(os) removidos durante o procedimento desde que necessário(s) para o esclarecimento diagnóstico e/ou implicações terapêuticas.

Confirmo que recebi li e compreendi todas as explicações prestadas, que concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade de expressão sobre os pontos com os quais não concordasse tendo ciência que a qualquer tempo poderei revogar o presente consentimento, desde que antes da data da realização do procedimento proposto.

Assinatura do Paciente/Responsável legal

Recife, __/__/__

RG: _____


RISCOS:

- | |
|--|
| 1. Relacionados ao sítio cirúrgico: Infecção, Hematoma, Deiscência, Hérnia, Queloide. |
| 2. Anastomoses: Deiscência, Estenoses, Fístulas. |
| 3. Sistema nervoso central e periférico, membros e articulações: Diminuição ou perda completa da função direta ou de estruturas correlacionadas. |
| 4. Tromboembolismo venoso. |

PELO MÉDICO: Atesto que expliquei todo o procedimento e ou operação a que o paciente acima referido está sujeito, a(o) próprio(a) paciente e/ou seu responsável, informando sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. Entendo que o paciente e/ou seu responsável compreendeu o que lhes foi informado.

Assinatura e Carimbo Médico: _____

- ❖ Termo preparado com fundamento no art. 59 do Código de Ética Médica e disposições da Lei 8.078/90 - Código de Defesa do Consumidor

	FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA	Identificadores Institucionais: Nome: _____ Same: _____ <small>(preencher se não estiver com etiqueta)</small>
DATA: ____/____/____	HORA: ____:____	
QUEIXA PRINCIPAL + HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:		
EXAME FÍSICO:		
HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S):		
UNIDADE DE INTERNAMENTO: <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> UTI Geral <input type="checkbox"/> UCO <input type="checkbox"/> Semi-Intensiva		
CONDUTA/PLANO DE CUIDADOS:		

MÉDICO(A) – ASSINATURA E CARIMBO

Obs: Favor data e hora em todas as evoluções.

	<h1>Sumário de Alta</h1>	Identificadores Institucionais: Nome: _____ Same: _____ (preencher se não estiver com etiqueta)		
DATA DA ALTA:				
MOTIVO DA ADMISSÃO:				
DIAGNÓSTICO(S) ATUAL(IS)				
Comorbidades:				
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Quais: _____				
ACHADOS CLÍNICOS RELEVANTES				
PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS (RESULTADOS COM O PACIENTE)				
CONDIÇÕES DO PACIENTE NA SAÍDA/DESTINO				
<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Transferência do cuidado				
PLANEJAMENTO DE ALTA				
Entregue receita de medicamentos : Sim Não				
Medicamentos a serem tomados em casa (Reconciliação medicamentosa na alta): <input type="checkbox"/> Não se aplica				
Medicamentos	Dose	Via	Frequência	Período
Retornar ao consultório em _____ dias.				
Atenção: Em caso de emergência, comunique-se com seu médico(a) ou dirija-se ao serviço de emergência do Hospital Santa Joana, trazendo consigo esta via.				