



Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho

Rua Epitácio Pessoa, 1.741 - Centro - Cep-14160.180 - Sertãozinho-SP
Fone - PABX: (016) 3946-2855 - Reconhecida de Utilidade Pública:
Municipal: Lei nº 581 - Estadual: Lei nº 1708 - Federal: Decreto de 11 de novembro de 1991
CNPJ: 71.326.292/0001-03 - Inscrição Estadual - Isenta
e-mail: administracao@santacasasertaozinho.com.br

Termo De Consentimento de Amputação de Membro

O presente termo de consentimento informado tem o objetivo de esclarecer ao paciente e ou/responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, completando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviço da Santa Casa de Sertãozinho.

Procedimento Cirúrgico de Amputação do Membro _____
_____ ao nível _____

Lateralidade: () Direito () Esquerdo () Bilateral Data da realização: ___/___/___.

Após ter sido informado (a) que as avaliações e exames realizados revelaram alterações, e existe em meu diagnóstico a indicação para realização de procedimento cirúrgico descrito acima, confirmo que:

- 1 - Recebi todas as informações, de forma clara, sobre as alternativas de tratamento, riscos, benefícios e complicações potenciais. Tive a oportunidade de realizar perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existem garantias absolutas quanto aos resultados a serem obtidos.
- 2 - Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgias que sejam necessários em decorrência de situações imprevistas e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos. Compreendo que em tais procedimentos, podem ocorrer complicações gerais, inclusive risco de morte.
- 3 - Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente durante o procedimento realizado seja encaminhado para exames complementares (histopatológicos ou microbiológicos), desde que necessário para os esclarecimentos diagnósticos terapêuticos.
- 4 - Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas.
- 5 - Estou ciente que posso solicitar esclarecimentos das dúvidas que possam surgir em qualquer fase do tratamento.
- 6 - Declaro que recebi as explicações, li, compreendi e concordo com o exposto

Dúvidas quanto a AMPUTAÇÃO DE MEMBROS O que significa? É a retirada parcial ou total de membro(s); Quais são as indicações mais comuns? Em casos de arteriosclerose obliterante periférica, doenças arteriais inflamatórias, infecção periférica (principalmente diabéticos), trauma; Quais são os riscos mais comuns? Infecção (principalmente por deficit



Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho

Rua Epitácio Pessoa, 1.741- Centro -Cep-14160.180 – Sertãozinho-SP
Fone - PABX: (016) 3946-2855 - Reconhecida de Utilidade Pública:
Municipal: Lei nº 581 – Estadual: Lei nº 1708 – Federal: Decreto de 11 de novembro de 1991
CNPJ: 71.326.292/0001-03 - Inscrição Estadual - Isenta
e-mail: administracao@santacasasertaozinho.com.br

circulatório), necrose de coto, neuromas (pequenos nódulos no local do corte do nervo),
causalgia (dor no coto), dor no membro fantasma, possibilidade de cicatrizes com formação
de queloides (cicatriz grosseira) e sangramento com necessidade de transfusão sanguínea.

Responsável pelo paciente:

Nome: _____

Grau de Parentesco: _____

RG _____ Sertãozinho, ____/____/____ Assinatura:

LIDO, COMPREENDIDO, CIENTE E DE ACORDO COM TODO O CONTEÚDO DESTES TERMOS,
AUTORIZO EXPRESSAMENTE A INTERNAÇÃO E A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS EM
UNIDADE HOSPITALAR.

Sertãozinho, ____/____/____

Assinatura do(a) paciente ou do responsável pelo(a) paciente

Se o assinante for o responsável, preencher:

Nome do Responsável: _____

RG: _____ Parentesco: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro para os devidos fins e efeitos que expliquei ao paciente (ou seu responsável / representante legal)
de forma clara e objetiva o diagnóstico, o prognóstico os riscos e objetivos da necessidade de
internação hospitalar e procedimentos, assim como os seus benefícios e alternativas, esclarecendo suas
dúvidas e deixando-o livre para decidir a respeito da internação e a realização de procedimentos. De
acordo com o meu entendimento, o paciente (ou seu responsável/representante legal) está em perfeitas
condições de compreender todo o conteúdo deste termo e de autorizar a internação hospitalar e a
realização de procedimentos indicados.

Sertãozinho, ____/____/____

Carimbo e Assinatura do médico: _____ CRM: _____