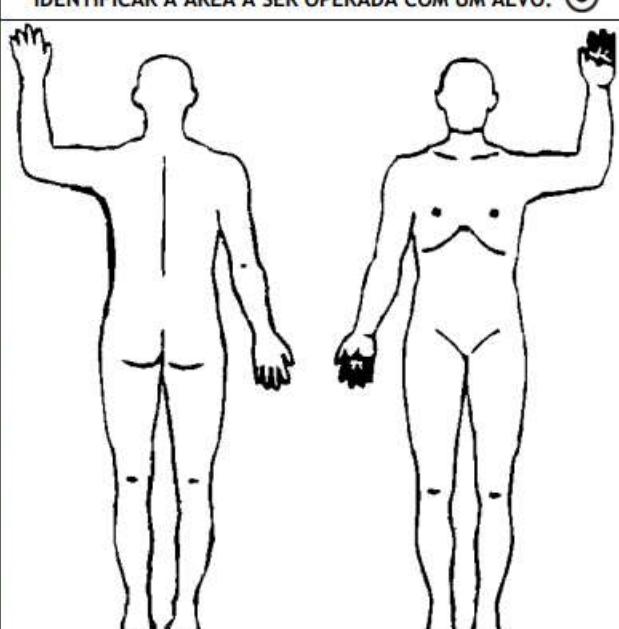


Biópsia Pulmonar Setor: CENTRO CIRÚRGICO TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO	Código: TCIE-CC-006 Emissão: 23/11/2025 Revisão: 23/11/2029 Versão:1
------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____ e CPF nº _____, nascido(a) em _____, na condição de paciente e/ou responsável legal pelo(a) paciente _____, autorizo e consinto, de forma livre, **informada e voluntária**, o(a) Dr (a). _____, CRM nº _____, seus assistentes e todos os demais profissionais vinculados à assistência, credenciados ao Hospital Ana Nery, a proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o procedimento designado "**BIOPSIA PULMONAR POR TORACOTOMIA**", e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestesias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer.

Lateralidade:

DEMARCAÇÃO DE LATERALIDADE	
CIRURGIA DO MEMBRO:	
LADO DIREITO	LADO ESQUERDO
() Olho direito	() Olho esquerdo
() Orelha direita	() Orelha esquerda
() Pulmão direito	() Pulmão esquerdo
() Ombro direito	() Ombro esquerdo
() Braço direito	() Braço esquerdo
() Antebraço dir.	() Antebraço esquerdo
() Mão direita Se Dedo, qual:	() Mão esquerda Se Dedo, qual:
() Mama direita	() Mama esquerda
() Rim direito	() Rim esquerdo
() Glúteo direito	() Glúteo esquerdo
() Coxa direita	() Coxa esquerda
() Perna direita	() Perna esquerda
() Joelho direito	() Joelho esquerdo
() Pé direito Se Dedo, qual:	() Pé esquerdo Se Dedo, qual:
() Outros:	

○ IDENTIFICAR A ÁREA A SER OPERADA COM UM ALVO:


Declaro, ainda, que:

1. **Estou em plenas faculdades mentais, lúcido (a) e plenamente capaz de compreender as informações aqui contidas.**
2. Fui informado (a), de forma clara e comprehensível, sobre a natureza do procedimento, seus objetivos, benefícios esperados, alternativas possíveis, riscos e complicações inerentes, e também sobre as consequências da não realização do tratamento proposto. Tive oportunidade de esclarecer dúvidas e recebi respostas completas e satisfatórias da equipe médica.
3. Estou ciente de que, para realizar o (s) procedimento (s) acima especificado (s), será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos anestésicos serão de indicação da equipe médica de anestesiologistas.
4. Estou ciente que, em procedimento (s) invasivo (s), como o citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares, respiratórios ou óbito. Além disso, as principais complicações associadas especificamente a este procedimento são as seguintes: dor crônica; fratura de costelas; necessidade de dreno torácico possivelmente por tempo prolongado.

Biópsia Pulmonar	Código: TCIE-CC-006
	Emissão: 23/11/2025
Setor: CENTRO CIRÚRGICO	Revisão: 23/11/2029
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO	Versão:1

5. Estou ciente de que, apesar de todas as medidas de segurança e prevenção adotadas pelo hospital e pela equipe médica, o risco de infecção não pode ser totalmente eliminado, sendo inerente a qualquer procedimento cirúrgico.
6. Compreendo que, durante o procedimento, podem ser identificadas situações não diagnosticadas previamente, bem como intercorrências imprevisíveis, cabendo à equipe médica adotar as medidas necessárias conforme seu julgamento técnico, com o objetivo de preservar minha saúde e segurança.
7. Estou ciente que o Hospital se resguarda no direito de **não coletar o consentimento dos pais ou responsáveis legais em caso de emergência**, prevalecendo o dever de socorro e o direito à vida do paciente sobre regras de consentimento e proteção de dados pessoais vigentes à época da ocorrência.
8. Declaro estar ciente de que o **tratamento adotado não garante a cura da enfermidade e que, diante da evolução do quadro clínico**, o médico poderá modificar as condutas inicialmente propostas, ficando desde já autorizado a adotar as providências que entender adequadas para a solução de eventuais complicações, conforme seu melhor critério profissional.
9. Fui informado (a) de que este consentimento é livre e **pode ser revogado a qualquer momento**, mediante manifestação expressa e por escrito, ciente de que a revogação poderá implicar na suspensão do tratamento e em possíveis consequências clínicas decorrentes dessa decisão.
10. Declaro que li este termo, **compreendi plenamente seu conteúdo** e estou de acordo com a realização do tratamento descrito.

Santa Cruz do Sul (RS), _____/_____/_____.

Assinatura (paciente e/ou responsável)

Assinatura Médico