

<p style="text-align: center;">Videotoracoscopia</p> <p>Setor: CENTRO CIRÚRGICO</p> <p>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO</p>	<p>Código: TCIE-CC-017</p> <p>Emissão: 23/11/2025</p> <p>Revisão: 23/11/2029</p> <p>Versão:1</p>
--	--

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 **“VIDEOTORACOSCOPIA PARA DRENAGEM DAS COLEÇÕES LÍQUIDAS E LIBERAÇÃO PULMONAR — POSSÍVEL NECESSIDADE DE BIÓPSIA PLEURAL E PLEURODESE”**, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestesias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, em razão do diagnóstico **“DERRAME PLEURAL”**.

Lateralidade:

DEMARCAÇÃO DE LATERALIDADE		IDENTIFICAR A ÁREA A SER OPERADA COM UM ALVO: <input checked="" type="radio"/>
CIRURGIA DO MEMBRO:		
LADO DIREITO	LADO ESQUERDO	IDENTIFICAR A ÁREA A SER OPERADA COM UM ALVO: <input checked="" type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Olho direito	<input type="checkbox"/> Olho esquerdo	
<input type="checkbox"/> Orelha direita	<input type="checkbox"/> Orelha esquerda	
<input type="checkbox"/> Pulmão direito	<input type="checkbox"/> Pulmão esquerdo	
<input type="checkbox"/> Ombro direito	<input type="checkbox"/> Ombro esquerdo	
<input type="checkbox"/> Braço direito	<input type="checkbox"/> Braço esquerdo	
<input type="checkbox"/> Antebraço dir.	<input type="checkbox"/> Antebraço esquerdo	
<input type="checkbox"/> Mão direita Se Dedo, qual:	<input type="checkbox"/> Mão esquerda Se Dedo, qual:	
<input type="checkbox"/> Mama direita	<input type="checkbox"/> Mama esquerda	
<input type="checkbox"/> Rim direito	<input type="checkbox"/> Rim esquerdo	
<input type="checkbox"/> Glúteo direito	<input type="checkbox"/> Glúteo esquerdo	
<input type="checkbox"/> Coxa direita	<input type="checkbox"/> Coxa esquerda	
<input type="checkbox"/> Perna direita	<input type="checkbox"/> Perna esquerda	
<input type="checkbox"/> Joelho direito	<input type="checkbox"/> Joelho esquerdo	
<input type="checkbox"/> Pé direito Se Dedo, qual:	<input type="checkbox"/> Pé esquerdo Se Dedo, qual:	
<input type="checkbox"/> Outros:		

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 compreensível, 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.

Videotoracoscopia Setor: CENTRO CIRÚRGICO TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO	Código: TCIE-CC-017 Emissão: 23/11/2025 Revisão: 23/11/2029 Versão:1
---	---

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; possibilidade de conversão da cirurgia para toracotomia (cirurgia aberta).
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