

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID19

Eu _____, portador(a) da cédula de identidade nº _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____, residente de domiciliado(a) na _____, nº _____, bairro _____, cidade de _____/_____
na qualidade de PACIENTE () , ou RESPONSÁVEL LEGAL (), declaro para os devidos fins que:

1. Fui devidamente informado(a) pelo(a) médico(a) Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM sob o nº _____, sobre meu estado de saúde, diagnóstico e evolução da doença.

2. Depois de receber esclarecimentos a respeito do meu diagnóstico e ser orientado (a) dos riscos e benefícios do tratamento, conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido anexo, fui informado(a) sobre as possíveis repercussões na postergação/atraso de minha cirurgia.

3. Estou ciente que pelo fato da minha cirurgia estar sendo realizada durante o período da pandemia pelo Coronavírus, causador da COVID-19, estou sujeito (a) a diversos riscos provenientes desta pandemia e recebi da equipe médica as informações abaixo:

- Pacientes submetidos às cirurgias podem ter contraído a doença e estar ainda assintomáticos ou podem contrair COVID-19 durante a internação no per ou pós-operatório. O Hospital Lifecenter mantém áreas livres de COVID19 para reduzir o risco de contágio durante a internação;
- Pacientes submetidos a cirurgias que desenvolvem a COVID-19 poderão apresentar quadros mais graves devido às alterações imunológicas;
- Pacientes com infecção assintomática pela COVID-19 também estão sujeitos aos riscos e podem transmitir infecção à equipe e aos demais pacientes. Para reduzir este risco, recomenda-se a realização do teste diagnóstico para a doença em até 72h antes da cirurgia;

- Pacientes submetidos às cirurgias que tiverem complicações respiratórias podem ter os sintomas semelhantes à infecção por COVID-19 causando confusão diagnóstica;
- Pacientes submetidos às cirurgias que desenvolverem infecção por COVID-19 no pós-operatório podem ter mais complicações cirúrgicas associadas, além de quadro mais grave da COVID19.

Nesse sentido, declaro que fui devidamente esclarecido pelo meu médico cirurgião e estou completamente ciente dos riscos a que estarei exposto (a) no per e no pós-operatório imediato. Após ter sido esclarecido acerca de todas as minhas dúvidas, e estar ciente de todos os riscos, tomei a decisão de realizar a cirurgia nesse momento, tendo em vista que o adiamento no procedimento poderá estar associado o potencial agravo à minha saúde.

Estou também ciente de que durante o período do meu tratamento, por consequência da pandemia, poderá ocorrer afastamento de membro da minha equipe médica, incluindo o médico cirurgião/assistente, acarretando em transferência dos meus cuidados à outros profissionais da equipe cirurgica.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2020.

Nome do Paciente / Responsável Legal
CPF:

Médico Assistente - CRMMG