



## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR

Hospital Vera Cruz

Casa de Saúde

Oftalmologia Vera Cruz

Nome:

Data de nascimento:

Idade:

Telefone residencial:

Celular:

E-mail:

Convênio:

Nº Carteirinha:

Diagnóstico:

Procedimento previsto:

Tempo cirúrgico:

JUSTIFICATIVA MÉDICA:

TIPO DE PROCEDIMENTO:

**Ambulatorial** Alta imediata após procedimento cirúrgico e anestésico

**Internação** Inclui os pacientes que terão alta no mesmo dia

Data de internação:

Diárias:

Honorário médico:

Particular

Convênio

TIPO DE TRATAMENTO

**Clínico**

**Cirúrgico**

**Eletivo**

**Urgência**

CID:

Tipo vaga:

Enfermaria

UTI - especificar:

Quantidade

Código TUSS

Descrição

NECESSIDADE DE AVALIAÇÃO MÉDICA

**Anestésica** **Clínica** **Cardiológica** **Outros - especificar:**

Tipo de Anestesia: **Local** **Outros - especificar:**

**Lateralidade - especificar:**

**Alergia ao látex** **Precaução - especificar:**

**Reserva de hemocomponentes - especificar:**

**Reserva de UTI - especificar:**

**Exames Intra-Operatórios:**

EQUIPAMENTOS:

OPME - MATERIAIS ESPECIAIS:

Descrição

Quantidade

Descrição

Quantidade

FABRICANTES:

\*(Obrigatórias três opções, segundo regra da ANS - Res. Normativa 338/2013):

ORIENTAÇÕES PARA O PREPARO DO PACIENTE:

Médico assistente: \_\_\_\_\_

Data da solicitação:

# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Paciente:

, CPF

Responsável legal:

, CPF, grau de parentesco

**Declaro que dou plena autorização ao (à) médico(a) assistente, abaixo qualificado para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico durante a internação clínica, bem como executar o procedimento cirúrgico**

Declaro também que tenho ciência de que todo e qualquer procedimento somente será realizado após serem prestados todos os esclarecimentos pela (s) equipe(s) médica(s) responsável (eis), tendo ciência de que os procedimentos caracterizados como urgência/emergência **serão realizados a partir de indicação médica, ficando desde já autorizados.**

Declaro ainda que:

1. Fui devidamente orientado quanto ao preparo pré-procedimento;
2. Recebi todas as explicações necessárias: quanto a outras opções e possibilidades terapêuticas e as probabilidades de ter os resultados que espero, e, problemas potenciais que possam ocorrer durante a recuperação, além dos riscos que existem em não realizar o procedimento;
3. Recebi todas as explicações sobre as etapas inerentes ao(s) procedimento(s) e estou ciente que podem ocorrer complicações como infecção, sangramento, e **(especificar riscos e possíveis complicações)**
4. Estou ciente que a dor pode ocorrer após o procedimento realizado e que as medidas para seu controle estarão disponíveis sempre que necessário. Compreendi a importância de comunicar a equipe assistencial a ocorrência de dor;
5. Estou ciente de que, durante o procedimento, poderão ocorrer outras situações ainda não diagnosticadas anteriormente assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis, e autorizo a realização de qualquer outro procedimento/tratamento necessários, inclusive transfusão de sangue, e procedimentos quimioterápicos e radioterápicos, se indicados;
6. Autorizo, se for o caso, que qualquer tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames ou utilizado com propósito médico e científico;
7. **Concordo expressamente com a execução de fotografias, filmagens, gravações, RX e outros serviços afins do procedimento cirúrgico, destinados ao estudo médico, e autorizo desde já a exibição desse material em palestras, congressos, jornadas e eventos médico científicos, contanto que seja preservada minha identidade;**
8. Declaro também que nada omiti em relação à minha saúde e que informei todos os medicamentos que estou utilizando, os quais me com-prometo a entregar a enfermagem para administração segura, assim como anteriores ocorrências de reações alérgicas e que **concordo que esta declaração passe a fazer parte integrante do prontuário médico, ficando o profissional médico e o estabelecimento hospitalar autorizados a utilizá-la, juntamente com a ficha de consulta pré-anestésica no amparo e defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique qualquer tipo de ofensa à minha pessoa;**
9. **Para fins melhoria continua dos serviços fui informado sobre envio de pesquisa de satisfação, após a alta, no e-mail/telefone constante de meu cadastro;**
10. Autorizo o Hospital Vera Cruz a enviar cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao meu convênio/plano de saúde quando houver solicitação;
11. Por fim, diante das informações prestadas pelo médico responsável, **inclusive de que ele e sua equipe se encontram assintomáticos do Novo Coronavírus (COVID-19)**, que esclareceu os riscos envolvidos e não me deixou qualquer dúvida, declaro ter ciência dos riscos de contaminação no ambiente hospitalar em razão da notória epidemia do Novo Coronavírus (COVID-19), e ratifico neste ato a minha livre e inequívoca autorização para prosseguir com todos os atos necessários para a realização do procedimento médico descrito neste instrumento.

**Por ser expressão da verdade, firmo o presente. Campinas,**

Assinatura do paciente e/ou responsável legal do paciente

Declaro, para os devidos fins, que esclareci o (a) paciente e/ou seu(sua) responsável, sobre este termo de consentimento, sobre o diagnóstico e prognóstico da doença, objetivo proposto, resultados esperados, possíveis tratamentos alternativos, riscos previsíveis e intercorrências inesperadas, sobre as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar os tratamentos, relativamente à presente internação, **bem como que eu e minha equipe nos encontramos assintomáticos do Novo Coronavírus (COVID-19).** Esclareci, ainda, o (a) paciente e/ou seu(sua) responsável quanto aos riscos de contaminação no ambiente hospitalar em razão da epidemia do Novo Coronavírus (COVID-19). Respondi a todas as perguntas formuladas pelo(a) paciente e/ou responsável e acredito ter sido compreendido.

Campinas,

Assinatura e nome legível do médico/carimbo – CRM