	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO DE RETIRADA E DE IMPLANTE DE RIM HUMANO</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

8. Pude fazer perguntas, cujas respostas considerei suficientes, inclusive quanto aos benefícios e/ou riscos de não ser tomada nenhuma atitude diante da natureza da patologia diagnosticada. Além disso, recebi orientação sobre a possibilidade de recusar o procedimento cirúrgico, bem como sobre alternativas de tratamento, dentre as quais a realização de Hemodiálise.

9. Estou ciente de que devo cumprir integralmente as orientações médicas que me forem prescritas, e de que devo buscar imediatamente atendimento médico após a alta hospitalar, caso verifique a ocorrência de qualquer sintoma que seja diverso da normalidade, tais como, sangramento, febre, dor, tontura ou outros.

10. Se a evolução do quadro de saúde apresentado colocar a vida do paciente em risco, autorizo a adoção dos procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis, na tentativa de afastar o risco à vida apurado, conforme os recursos da medicina disponíveis no hospital.

11. Fui orientado a evitar a realização de esforços físicos após a alta hospitalar, até ter expressa autorização para isso pelo médico assistente, ciente de que o não cumprimento disso poderá gerar danos a minha saúde ou comprometer o tratamento.

12. Fui informado que são condições que potencializam o risco de ocorrência de infecção a presença de diabetes, obesidade, maus hábitos alimentares e de higiene, ou caso o paciente seja idoso, etilista, tabagista, sedentário ou hipertenso, ou faça uso de drogas, medicamento corticosteroide ou anticoagulante, ou se for portador de germe multirresistente na sua flora residente (no seu organismo).

13. Fui informado que, independentemente de todos os cuidados de manejo e assepsia realizados em favor do paciente durante a sua estadia no ambiente hospitalar, é indispensável que o paciente realize com precisão os cuidados de manejo e assepsia da ferida operatória, seguindo exatamente a instrução pós-alta hospitalar em seu domicílio fornecida pelo médico, ciente de que a não observância desses cuidados poderá gerar infecção ou outros agravos a sua saúde.


14. Estou ciente que necessito prestar todas as informações relativas a alterações na minha saúde, presentes e passadas, clínicas, cirúrgicas, experiências e ou complicações com anestesia minhas e de familiares, medicações em uso (especialmente anticoagulantes e corticoides) e hábitos (como tabagismo, consumo excessivo de cafeína, uso de bebida alcoólica ou drogas), ciente que qualquer omissão quanto a esses dados poderá trazer prejuízos à saúde do paciente e comprometer o resultado da cirurgia.

15. Estou ciente que toda cirurgia deixará uma cicatriz no corpo do paciente no local da incisão, com aspectos e dimensões variáveis conforme as reações particulares de cada organismo e do tipo de procedimento cirúrgico realizado. O aspecto visual da cicatriz também depende dos cuidados do paciente.

16. Estou ciente que posso retirar o consentimento e cancelar a cirurgia, se eu assim decidir, sem que isso implique em qualquer constrangimento ou dificuldade de acesso a serviços no futuro.

17. Autorizo a equipe de enfermagem e médica do HBB a realizar o acompanhamento da evolução do tratamento através de registros fotográficos periódicos, se for pertinente, bem como autorizo a utilização dos dados do prontuário do paciente e das imagens em treinamentos, pesquisas clínicas ou acadêmicas por tempo indeterminado, desde que preservado o sigilo sobre a identidade do paciente.

18. Por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposta no presente termo, inclusive quanto aos procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e emergenciais, as quais serão conduzidas de acordo com o julgamento técnico do médico

 <p>HOSPITAL <b>Bruno Born</b> Sua Saúde é Nossa Vida</p>	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO DE RETIRADA E DE IMPLANTE DE RIM HUMANO</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

acima autorizado e equipe, para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, através dos recursos conhecidos da Medicina disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

Certifico que este termo me foi explicado e que o li, ou que foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo, AUTORIZANDO a realização do procedimento e assumindo os riscos inerentes desse.

Lajeado, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Responsável pelo Paciente**  
Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal, ou não possa assinar este documento

### TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

(A ser preenchido e assinado pelo médico assistente)


1. Eu, abaixo assinado, certifico que coletei previamente o consentimento contido neste termo e expliquei detalhadamente ao paciente/responsável o tratamento clínico, o procedimento cirúrgico, seus riscos, benefícios e alternativas.

2. Além disso, respondi satisfatoriamente a todas as perguntas feitas, e considero que o paciente/responsável compreendeu o que lhe foi explicado, me responsabilizando pela realização do procedimento conforme a técnica médica.

Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Lajeado, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

 Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	<b>FO – UCIH</b>
	<b>ANTIBIOTICOPROFILAXIA CIRÚRGICA</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

Esta ficha anexa ao termo de consentimento auxilia a equipe médica e a de enfermagem a realizar o medicamento correto, na dose correta e no momento mais adequado para sua infusão antes da incisão cirúrgica.

O preenchimento é OBRIGATÓRIO para os procedimentos eletivos e possui validade como prescrição médica. A escolha do medicamento deve ser utilizada conforme a recomendação do protocolo de Antibioticoprofilaxia do Hospital Bruno Born.

IDENTIFICAÇÃO		
<b>NOME DO PACIENTE:</b>		
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b>		
<b>Peso (kg):</b>		
<b>Alergia a Penicilina/Amoxicilina/Cefalosporinas?    ( ) SIM    ( ) NÃO</b> Em caso de alergia prévia sugere-se o uso do esquema alternativo com Clindamicina com ou sem Gentamicina associado conforme Protocolo de Antibioticoprofilaxia.		
ANTIBIÓTICO EV	DOSE	OUTRA DOSE
CEFAZOLINA (30-60min antes)	2g ( )    3g ( )	
CEFOXITINA (30-60min antes)	2g ( )    3g ( )	
CEFUROXIMA (30-60min antes)	1.5g ( )	
GENTAMICINA (5mg/kg) (60-120 min antes)		
METRONIDAZOL (30-60min antes)	500mg ( )	
CLINDAMICINA (Alérgicos a BetaLactâmicos) (60-120 min antes)	900 mg ( )	
VANCOMICINA (60-120 min antes)	1g ( )    1.5g ( )	
OUTROS:		

Adultos: Cefazolina e Cefoxitina: 2g <120kg e 3g >120kg  
 Vancomicina: 1g < 90kg e 1.5g > 90kg

\_\_\_\_\_  
**Assinatura e Carimbo do Cirurgião**