

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIRURGIA EM SITUAÇÃO DE PANDEMIA COVID -19

Eu, _____, RG _____, na qualidade de paciente, ou _____, RG _____, na qualidade de responsável legal, depois de receber esclarecimentos a respeito do meu diagnóstico cirúrgico e ser orientado dos riscos e benefícios do tratamento, fui informado sobre as possíveis repercussões na postergação do meu tratamento cirúrgico.

Fui informado pelo Dr. Guilherme Braz Pinto, CRM 46503, da necessidade da realização do meu procedimento cirúrgico, mas esclarecido que não é uma cirurgia de urgência/emergência.

Recebi as informações do meu médico, que dizem:

- Pacientes saudáveis de cirurgias eletivas podem contrair COVID 19 durante a internação;
- Pacientes saudáveis de cirurgias eletivas que contraiam COVID 19 no pós-operatório poderão desenvolver quadros mais graves devido às alterações imunológicas causadas pela cirurgia;
- Pacientes que tenham contraído a infecção há poucos dias podem ainda não ter desenvolvido sintomas e a ventilação mecânica durante as cirurgias pode resultar em agravamento dos casos;
- Pacientes com infecção assintomática por COVID 19 podem transmitir infecção à equipe;
- Pacientes de cirurgias eletivas que tiverem complicações respiratórias podem ter os sintomas semelhantes à infecção por COVID 19 causando confusão diagnóstica;
- Pacientes de cirurgias eletivas que desenvolverem infecção grave por COVID 19 no pós-operatório podem ter mais complicações cirúrgicas associadas. Estou ciente de que nesse momento estamos vivendo uma situação de pandemia por COVID-19 e que há risco de contaminação durante a minha internação.

Sei que pessoas do grupo de risco (**maiores de 60 anos, diabéticos, hipertensos, fumantes, pacientes oncológicos, asmáticos, portadores de doenças respiratórias crônicas, portadores de HIV, insuficientes renais, baixa imunidade e etc.**) estão sujeitos a complicações mais graves, além de maior risco de óbito pós-operatório, numa eventual infecção pelo Corona Vírus.

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.** 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 assistente, acarretando em transferência dos meus cuidados à outros profissionais da instituição.

Montes Claros, _____ de _____ de 20_____.

Paciente/ responsável legal

Testemunha 1

Testemunha 2

Médico responsável