

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIRURGIA ROBÓTICA

Definição: Cirurgia robótica ou cirurgia robô-assistida é um tipo de cirurgia onde o médico manipula um robô, que faz as incisões e ressecções, através de um console. Na cirurgia robótica, o cirurgião estabelece os acessos e introduz a câmera e os instrumentos de trabalho no interior do corpo do paciente por meio de pequenas incisões.

Eu, _____, inscrito no _____, data de nascimento: _____, Rg _____, EMAIL: _____, declaro que recebi do Dr. Nimer Ratib Medrei, Médico ESPECIALISTA EM CIRURGIA GERAL - RQE 11604, ESPECIALISTA EM VIDEOLAPAROSCOPIA - RQE 8234, ESPECIALISTA EM CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO - RQE 15783, inscrito no Conselho Regional de Medicina sob o número 13602, todas as explicações e orientações a respeito de meu procedimento cirúrgico e que me foram sanadas todas as dúvidas a respeito do mesmo. Declaro ainda que:

1. Fui esclarecido(a) sobre as técnicas existentes para a realização do procedimento cirúrgico ao qual serei submetido(a), bem como sobre as alternativas, riscos, benefícios e possíveis complicações.
2. Compreendo que durante o(s) procedimento(s) cirúrgico proposto para tentar curar, ou melhorar a condição de saúde apresentada poderá surgir situações imprevisíveis ou fortuitas, motivo pelo qual, desde já autorizo a equipe médica intervir e utilizar todos os recursos disponíveis na Instituição.
3. Estou ciente de que, em procedimentos médicos invasivos, como o citado, podem ocorrer complicações gerais, como sangramento, hematoma(s), infecção (local ou disseminada), problemas cardiovasculares e respiratórias entre outros. Estou ciente também que havendo comorbidades os riscos e complicações podem ser potencializados.
4. Fui informado(a) também de que nos casos de procedimentos minimamente invasivos videoassistidos com e sem o auxílio de robô, podem ocorrer situações imprevisíveis que exijam a **conversão do procedimento para uso de técnicas convencionais**.
5. Estou ciente que, para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos serão indicados e esclarecidos pelo médico anestesologista.
6. Estou ciente que a opção do paciente em realizar o(s) procedimento(s) mediante o uso de técnicas não CONVENCIONAIS e que não possuam cobertura contratual junto às operadoras/seguradoras de Planos de Saúde, **como acontece com a robótica cirurgia robótica**, por exemplo, acarreta a responsabilidade direta e exclusiva de arcar com todos os custos envolvidos com a internação e taxas relacionadas, de toda a equipe envolvida. As despesas hospitalares serão pagas diretamente ao hospital e os taxas de robótica diretamente a equipe médica eleita pelo paciente.
7. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas de maneira satisfatória. Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis de acontecer neste procedimento/tratamento, mas apenas os mais frequentes.
8. Li, recebi esclarecimentos e de forma compreensível pelo médico assistente e equipe, incluindo o direito de revogação do consentimento dado, desde que seja feito antes do início da realização do procedimento proposto.

Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, **AUTORIZO** a realização da cirurgia robótica. Afirmando ainda que o presente termo integrará o prontuário médico, na hipótese de realização do procedimento/tratamento durante a internação hospitalar.

Local e data.

Nome legível: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

Telefone: _____

Grau de Parentesco ou vínculo: _____

(obrigatório nos casos de representação)

Preenchimento Obrigatório pelo Médico

Expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

DATA: ___/___/___

Assinatura e carimbo do Médico

Testemunhas:

Nome legível: _____

Nome legível: _____

CPF: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Revogação: _____, ___/___/20___, às ___ horas e ___ minutos.

Paciente ou Representante Legal