



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900  
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62  
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559  
site: www.santacasamarilia.com.br

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”  
Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição (Resolução  
CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)  
AMPUTAÇÃO DE MEMBRO(S)**

O (a) paciente ou seu(sua) responsável abaixo assinado, autoriza, através do presente termo de consentimento livre e esclarecido, a internação, o tratamento clínico e a realização do procedimento cirúrgico designado “**AMPUTAÇÃO DE MEMBRO(S)** \_\_\_\_\_”.

- **Nível:** \_\_\_\_\_.

- **Lateralidade:** ( ) direito ( ) esquerdo ( ) ambos

- **Definição:** Amputação é a retirada de um membro por meio de um procedimento cirúrgico. Dentre as principais indicações para o procedimento estão: doenças vasculares, infecção periférica principalmente em pacientes diabéticos, trauma, tumores, entre outros.

- **Principais Complicações:** Infecção; Necrose do coto; Neuromas (pequeno nódulo no local do corte do nervo); Causalgia (dor no coto, mais intensa à noite); Dor do membro fantasma (sensação de que o membro não foi amputado), óbito.

O(a) paciente ou seu(sua) responsável está ciente, de acordo e foi esclarecido das seguintes condições:

1. Recebeu, através do médico, informações de forma clara do estado de saúde, da hipótese diagnóstica e evolução provável da doença, bem como a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento ora autorizado, efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo, além das instruções relativas ao procedimento clínico/cirúrgico, pré e pós-operatório, tendo esclarecido as suas dúvidas.

2. Recebeu, através do médico, a informação de forma clara de que o tratamento pode não ser definitivo, pois o procedimento a ser adotado não implica necessariamente na cura e que a evolução da doença e do tratamento poderão modificar condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica autorizada que sejam adotadas as providências necessárias, ou seja, tratamentos, cirurgias, procedimentos, exames complementares, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital, para fazer frente aos problemas surgidos.

3. Está ciente que a não realização do procedimento pode desencadear processo infeccioso grave no organismo que, ao final, pode levar a ÓBITO ou desencadear outros agravos de saúde e diversas consequências com desfechos desfavoráveis.

4. Está ciente que decidirá sobre o destino que será dado ao membro amputado, após realização do exame Anatomopatológico, podendo optar por sepultar o membro em jazigo (tumulo) próprio ou disponibilizar o mesmo para o Hospital das Clínicas para fins de estudo, que posteriormente se encarregará do sepultamento no cemitério de Padre Nóbrega. Se caso optar por fazer o sepultamento, deverá fazer o contato direto com o serviço funerário;



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900  
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62  
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559  
site: www.santacasamarilia.com.br

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”  
Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição (Resolução  
CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)  
AMPUTAÇÃO DE MEMBRO(S)**

5. Está ciente que deverá se inteirar dos fatos com o médico responsável e, havendo agravamento ou intercorrências da patologia, fica autorizado o médico responsável a contatar outros especialistas para o tratamento, conforme a necessidade.

6. Está ciente quanto à necessidade de respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas pelo (a) médico (a), pois a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais.

7. Está ciente que poderá revogar o consentimento prestado a qualquer momento antes que o referido procedimento seja realizado, sem necessidade de dar nenhuma explicação.

8. Autoriza o envio de cópia do prontuário quando por solicitação de autoridades.

Concorda com o tratamento acima proposto, e atesta que recebeu neste momento uma cópia e possui pleno conhecimento de todo o teor do presente termo.

Marília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal: \_\_\_\_\_

Nome do Médico Responsável: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico Responsável: \_\_\_\_\_