



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)
TRATAMENTO DE QUEIMADURAS**

O (a) paciente ou seu (sua) responsável abaixo assinado, autoriza, através do presente termo de consentimento livre e esclarecido, a realização do procedimento designado **“TRATAMENTO DE QUEIMADURAS”**.

- **Definição:** As queimaduras deixam cicatrizes do ponto de vista estético e/ou funcional, de melhor ou pior qualidade, dependendo da cicatrização do corpo e individualidade de cada pessoa, além de todas as variáveis existentes no tratamento de um queimado.

- **Principais Complicações:** uso de dispositivos invasivos (Intubação oro traqueal/ traqueostomia para manter a respiração adequada, acessos venosos centrais ou periféricos para correr medicações (soros) na veia); infecção (ões); cicatrizes grosseiras (de aspectos ruins); sangramento (s); hematomas (marcas roxas); dor (res); aberturas de pontos da pele (deiscência); reações aos fios que dão os pontos na pele, podendo causar a abertura dos mesmos (deiscência); alergias; manchas na pele. Quando realizados, os enxertos de pele podem “não pegar”, ou seja, não serem integrados no corpo.

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 que pode acontecer das **CICATRIZES E FORMAS** das regiões queimadas não ficar como pretendido, pois depende da cicatrização de cada corpo e é individual de pessoa para pessoa.

2. Recebeu, através do médico, informações de forma clara do estado de saúde, da hipótese diagnóstica e evolução provável do tratamento, bem como a finalidade, os benefícios e os riscos do mesmo ora autorizado, efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo, tendo esclarecido as suas dúvidas.

3. 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, cirurgias, procedimentos, exames complementares, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital, para fazer frente aos problemas surgidos.



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)
TRATAMENTO DE QUEIMADURAS**

4. Esta ciente que as cirurgias, se caso realizadas, deixarão cicatrizes e a qualidade das mesmas dependerá da resposta de cada corpo, mesmo sendo utilizadas técnicas/tratamentos consagrados cientificamente.

5. Está ciente que deverá se inteirar dos fatos com o médico responsável e, havendo agravamento ou intercorrências relacionadas à 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.

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

9. Autoriza a equipe médica e de enfermagem a fotografar e/ou filmar as etapas do tratamento, ou seja, antes, durante ou após o mesmo, a fim de acompanhar sua evolução ou auxiliar na difusão do conhecimento médico ou científico.

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: _____



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)
TRATAMENTO DE QUEIMADURAS**

Nome do Médico Responsável: _____

CRM: _____

Assinatura do Médico Responsável: _____