

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome do Hospital: \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_

Data de Admissão: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Nome do diretor médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA AMPUTAÇÃO DE MEMBROS

Declaro que fui informado(a) pelo médico abaixo identificado quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre os riscos e benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s).

Estou ciente de que, em procedimentos médicos invasivos, como citado, podem ocorrer complicações gerais, como sangramento, perfuração, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios e outros e que será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos serão indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas.

**Autorizo** o médico abaixo identificado, bem como seus assistentes e/ ou outros profissionais por ele selecionados a realizar a amputação até o nível necessário do membro \_\_\_\_\_

devido à \_\_\_\_\_

**Autorizo** qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos

Fica a critério médico a decisão de envio da peça para análise patológica do membro amputado.

Autorizo que o membro amputado seja encaminhado para:  **Incineração**  **Sepultamento\***

\* O sepultamento será de responsabilidade do paciente e/ou familiar

### PACIENTE/RESPONSÁVEL

Confirmo que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com os quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Nome legível: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco do responsável: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHA

Nome legível: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

### PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiar, o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o procedimento descrito. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

**A peça deverá ser encaminhado para:**

Realização de anátomo patológico

Incineração/Sepultamento.

Autorizo o Serviço Funerário a retirar e encaminhar a peça.

\_\_\_\_\_  
Nome legível, CRM e visto ou carimbo com CRM e visto