

(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