

REQUISIÇÃO PELO PACIENTE DE ENTREGA DO EXPLANTE (Material Cirúrgico) e TERMO DE RECEBIMENTO E RESPONSABILIDADE DE GUARDA

(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: _____

Eu: _____

portador da Cédula de Identidade nº _____ e registro de Prontuário nº _____,

REQUISITO o EXPLANTE _____

retirado em cirurgia _____ no dia ____ / ____ / 20 ____

realizado(a) pelo Médico _____ CRM _____

conforme os termos da RDC nº 15, Art. 110, que prevê:

“O material explantado poderá ser entregue ao paciente mediante solicitação formal”, e § 2º: “A entrega dos explantes deverá ser precedida de assinatura de termo de recebimento e responsabilidade e a embalagem de esterilização deverá ser rompida e retida antes da entrega”.

Estou ciente de que o explante não apresenta risco para saúde, e que não será utilizado em cirurgias futuras, sendo apenas para guarda do (a) requisitante, conforme explicado pelo cirurgião (ã) ou enfermeiro (a) do Centro Cirúrgico e/ou Central de Material Esterilização (CME).

Desse modo, RECEBO o explante devidamente processado e esterilizado no dia ____ / ____ / 20 ____ , pelo processo de esterilização

Autoclave _____, Ciclo _____, lote _____, Invólucro _____, sob responsabilidade do(a)

enfermeiro(a) _____, COREN _____.

RETIRADA: PACIENTE

Confirmo que compreendi as explicações que me foram dadas acerca do conteúdo deste termo de responsabilidade

_____, _____ de _____ de 20____. Hora: _____:

Nome legível: _____ Assinatura: _____

CPF: _____

1º via do Paciente

2º via Prontuário do paciente