

Colar etiqueta do Paciente

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

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Registro: \_\_\_\_\_

**Definição:** A cirurgia robótica ou cirurgia robô-assistida é uma cirurgia onde o médico manipula um robô, que faz as incisões e ressecções através de um console. Na cirurgia robótica, o cirurgião estabelece os acessos laparoscópicos e introduz a câmera e os instrumentos de trabalho no interior do corpo do paciente por meio de pequenas incisões.

Declaro que:

1. Recebi esclarecimento sobre as técnicas existentes para a realização do procedimento cirúrgico ao qual serei submetido, bem como sobre as alternativas, riscos, benefícios e possíveis complicações.
2. Compreendo que durante o procedimento cirúrgico proposto para tentar curar, ou melhorar a condição de saúde apresentada poderá surgir situações imprevisíveis ou fortuitas, motivo pelo qual, desde já autorizo a equipe médica intervir e utilizar todos os recursos disponíveis na Instituição.
3. Estou ciente de que em procedimentos médicos invasivos, como o citado, podem ocorrer complicações gerais, como: sangramento, hematoma, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios. Estou ciente que havendo comorbidades os riscos e complicações podem ser potencializados.
4. Recebi informação de que nos casos de procedimentos minimamente invasivos vídeo assistidos com e sem o auxílio de robô, podem ocorrer situações imprevisíveis que exijam a conversão do procedimento para uso de técnicas convencionais.
5. Recebi esclarecimento que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos serão indicados e esclarecidos pela equipe médica anesthesiologista. Estou ciente que a opção em realizar o procedimento mediante o uso de técnicas não convencionais e que não possuam cobertura contratual junto às operadoras de Planos de Saúde, como acontece com a robótica, por exemplo, acarreta a responsabilidade direta e exclusiva de arcar com todos os custos envolvidos com a internação e honorários médicos de toda a equipe envolvido. As despesas hospitalares serão pagas diretamente ao hospital e os honorários médicos diretamente a equipe médica eleita pelo paciente.
6. Foram observadas todas as orientações necessárias para o procedimento, bem como foram fornecidas as informações sobre meu estado de saúde, incluindo doenças, medicações as quais apresentei alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar, tendo recebido orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.
7. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas de maneira satisfatória. Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis de acontecer neste procedimento, mas apenas os mais frequentes.
8. Li, recebi esclarecimentos de forma compreensível pela equipe médica, incluindo o direito de revogação do consentimento dado, desde que seja feito antes do início da realização do procedimento proposto.

Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, AUTORIZO a realização da cirurgia robótica. Afirmo ainda que o presente termo integrará o prontuário médico, na hipótese de realização do procedimento durante a internação hospitalar.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Preenchimento Obrigatório pelo Paciente ou Representante legal

---

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

CPF: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco ou vínculo: \_\_\_\_\_

(obrigatório nos casos de representação):

### Preenchimento Obrigatório pela Equipe Médica

---

Expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu representante legal, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Médico

### Testemunhas:

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

CPF: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Revogação: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_, às \_\_\_\_ horas e \_\_\_\_ minutos.

\_\_\_\_\_  
Paciente ou Representante Legal