

TERMO DE CONSENTIMENTO

PROCEDIMENTO GUIADO POR ULTRASSOM



Orientações prévias:

- **leia** atentamente todo o conteúdo deste documento;
- **informe** todas as suas dúvidas ao médico;
- **assine** o termo somente após ter todas as dúvidas sanadas.

NOME MÉDICO	CRM
NOME PACIENTE	
IDADE PACIENTE	DATA PROCEDIMENTO
QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE	
OBSERVAÇÕES	



O procedimento de **ultrassonografia** me foi detalhadamente explicado pela equipe médica, por isso, entendi que:

A ultrassonografia é um exame de imagem, sem fins de diagnóstico, que permite mapear apenas estruturas superficiais, como a pele e a gordura subcutânea, de forma que auxilie o médico a guiar, de maneira mais acurada, determinados procedimentos.

1. A EQUIPE MÉDICA DEIXOU CLARO QUE, O CORPO HUMANO PODE TER VARIAÇÃO ANATÔMICA, POR ISSO, ENTENDI QUE:

1.1



o ultrassom servirá como ferramenta para auxiliar o médico assistente na realização do procedimento acima especificado;

1.2



a técnica utilizada pelo médico assistente na realização do procedimento não sofrerá intervenção, em nenhuma hipótese, da equipe médica responsável por guiar o procedimento;

1.3



eventuais intercorrências durante ou após o procedimento deverão ser acompanhadas pelo médico assistente que realizou o procedimento acima descrito;

1.4



os riscos do procedimento permanecem os mesmos, não alterando o que me foi orientado, esclarecido e por mim aceito, conforme TCLE anteriormente por mim assinado, por tratar-se de procedimento guiado por ultrassom.

2. Foi-me esclarecida a importância de informar ao médico assistente e a sua equipe sobre meu estado de saúde, doenças e medicamentos utilizados. Por isso, é de minha inteira responsabilidade a não informação sobre:

2.1

os medicamentos que uso ou usei recentemente, bem como aos quais tenho alergia, inclusive tipos de anestésicos;

2.2

alergias que tenho conhecimento, inclusive de anestésicos;

2.3

qualquer doença, principalmente as autoimunes.

acordo do paciente



SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS:

Eu autorizo que a equipe médica utilize os meus registros (vídeos, som e imagem) para executar os procedimentos propostos, para fins de complementação documental do meu prontuário médico e discussão do caso clínico com outros colegas médicos. Fica explícito ainda, que o compartilhamento de imagens, tratamento de dados e outros, se dará somente entre a equipe multidisciplinar e médico assistente deste procedimento.

Durante a consulta e atendimento pela recepção houve a coleta de dados pessoais (CPF, Nome, Telefone, E-mail, Endereço e Informações sobre saúde e hábitos) para questões fiscais e a condução médica adequada. Os dados serão armazenados e preservados por período indeterminado e compartilhados com terceiros, somente quando indispensável para a continuidade ou adequação do tratamento.

Os pacientes, a qualquer momento, poderão: (i) ter acesso às informações cadastradas, (ii) solicitar a atualização ou correção dos seus dados; (iii) solicitar a eliminação de dados que não impactem o histórico de atendimento médico bem como, a total ou parcial, revogação deste consentimento, **mediante termo de solicitação**, nos termos da Lei.

acordo do paciente

Declaro que li a integralidade do conteúdo deste termo, concomitante à explicação verbal da equipe médica e que tive a oportunidade de sanar toda e qualquer dúvida relativa ao procedimento ao qual, voluntariamente, irei me submeter. Assim, dou o meu consentimento à equipe médica para realizar os procedimentos necessários me comprometendo a seguir todas as orientações médicas.

Importante: em caso de dúvidas, esclarecimentos, desconfortos, ou efeitos não esperados recomenda-se o contato imediato com a equipe médica.

_____, ____ de _____ de _____

Paciente:
CPF:

Dr.
CRM/