**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

|  |
| --- |
| **Procedimento: Circunstância de Emergência / Risco de Morte** |

|  |
| --- |
| **Identificação do Paciente (“Paciente”)** |
| Nome: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data de Nascimento: | \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CPF/ME: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RG: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Declaro que, devido ao estado clínico do paciente ou à emergência/risco de morte identificado, não foi possível fornecer ao Paciente ou ao Responsável as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Por este motivo, na tentativa de afastar os riscos prejudiciais à saúde e à vida, foi necessário a realização do Procedimento Cirúrgico designado [NOME COMPLETO DO PROCEDIMENTO MÉDICO – CID/CBHPM], realizado no Instituto Orizonti, hospital localizado na Avenida José de Patrocínio Pontes, n° 1355, assim como a realização de outros procedimentos invasivos e terapias, que podem incluir (i) aplicação de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesiologista; (ii) **INFUSÃO DE SANGUE E SEUS COMPONENTES (TRANSFUSÃO DE SANGUE) NO PACIENTE**; (iii) dentre outros procedimentos os quais foram discutidos e ponderados pela equipe assistente como a melhor opção assistencial disponível considerando o quadro clinico do paciente.

**DIAGNÓSTICO**: [Diagnóstico da doença]

**DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO**: [Definição / explicação clara acerca do Procedimento]

**RISCOS, COMPLICAÇÕES**: [Explicação de Riscos e Complicações]

Belo Horizonte, MG, [\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_][\_\_:\_\_]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do Médico Assistente e carimbo**