

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
 PROCEDIMENTO CIRÚRGICO **TRATAMENTO CLÍNICO**



Este documento deve ser preenchido e assinado pelo médico responsável pela realização do procedimento e pelo paciente ou responsável legal, após concordância com as informações e esclarecimentos prestados.

Procedimento:

Riscos e complicações potenciais individuais:

Colar aqui etiqueta

Quando preenchimento externo – preencher dados abaixo:

Nome:

Unidade: Laranjeiras Barra

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Para Recepção Perinatal:

Quando preenchimento externo – acrescentar etiqueta

Quando preenchimento interno (impressão do formulário pelo Tasy) – identificação impressa (nome completo, data de nascimento e número do prontuário).

Declaro que fui informado(a) que serei submetido(a) ao procedimento cirúrgico/clínico proposto e especificado acima e que os seus benefícios, riscos e complicações potenciais me foram claramente esclarecidos. Tive a oportunidade de fazer perguntas, para as quais obtive respostas claras e satisfatórias.

Declaro, ainda, que nada omiti em relação a minha saúde (medicamentos utilizados, história prévia de alergias, doenças, cirurgias e anestesia anteriores, etc.). Informo que tenho ciência de que procedimentos caracterizados como urgência / emergência que venham a correr em decorrência de complicações do procedimento cirúrgico/clínico ao qual serei submetido(a) deverão ser realizados a critério médico e sua realização estão, desde já, autorizada.

Sendo assim, declaro que estou satisfeito (a) com as informações recebidas, que comprehendo o alcance e riscos do procedimento acima descrito e que, nestas condições, dou o meu consentimento para que o mesmo seja realizado.

Confirmo que recebi explicações, li, comprehendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dado à oportunidade de anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto.

Paciente Responsável legal

Nome legível do responsável legal: _____

Grau de Parentesco: _____ Identidade nº: _____

Declaro que não autorizo o procedimento (s) e ou cirurgia (s) proposta, estando ciente dos riscos da minha decisão.

____ / ____ / ____
Data

____ : ____
Hora

Assinatura

TESTEMUNHA: _____

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO (A)

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que a paciente acima referida está sujeita, a própria paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, a paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico (a) _____

Assinatura _____ CRM _____

PARA SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA - Firmada por 02 (dois) médicos da equipe que assiste o paciente

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por se tratar de situação emergencial para o paciente, situação caracterizada nem seu prontuário.

Carimbo e assinatura

Carimbo e assinatura

Assinatura do paciente ou responsável _____
Revogação deste consentimento: ____ / ____ / ____ às ____ horas e ____ minutos