

Termo de Ciência e Consentimento

Cole aqui a etiqueta. Se não tiver, preencha todos os campos

Nome Completo do Paciente: _____
 Filiação: _____
 Sexo: _____ Idade: _____ Conv.: _____ SAME: _____
 Data de Nasc.: ____/____/____
 Médico Assistente: _____
 Unidade/Leito: _____
 Nome social: _____

PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS

Por este instrumento, eu, _____,
 declaro que:

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte alteração e/ou diagnóstico:

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

Recebi as informações necessárias quanto aos benefícios e as probabilidades de êxito deste exame/ procedimento.

Compreendi que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independentemente do tipo da cirurgia, da boa técnica cirúrgica e anestésica e da eficiência dos cuidados médicos.

Estou ciente de que, durante o procedimento, poderão apresentar-se outras situações imprevisíveis ainda não diagnosticadas ou emergências que necessitem mudanças do procedimento proposto.

Estou ciente de que em procedimentos invasivos, como o citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares, respiratórios e urinários, os quais podem levar à internação prolongada, incapacidade temporária ou permanente, e até ao óbito;

Fui informado sobre a possibilidade de sentir dor durante e após o procedimento, e sobre as medidas adotadas pela instituição para o gerenciamento dessa dor;

Além disso, as principais complicações associadas especificamente a este procedimento são as seguintes:

(Preenchimento obrigatório pelo médico - Letra legível)

Termo de Ciência e Consentimento

Cole aqui a etiqueta. Se não tiver, preencha todos os campos

Nome Completo do Paciente: _____
Filiação: _____
Sexo: _____ Idade: _____ Conv.: _____ SAME: _____
Data de Nasc.: ____/____/____
Médico Assistente: _____
Unidade/Leito: _____
Nome social: _____

PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS

Também fui informado(a) sobre as alternativas possíveis ao procedimento, as consequências de não realizar o exame/ tratamento e os problemas que poderão ocorrer no período de recuperação.

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

Esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s);

Autorizo a realização de exame anatomopatológico em materiais que sejam removidos durante o procedimento por laboratório de patologia associado ao Hospital Aliança.

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Termo de Ciência e Consentimento

Cole aqui a etiqueta. Se não tiver, preencha todos os campos

Nome Completo do Paciente: _____
 Filiação: _____
 Sexo: _____ Idade: _____ Conv.: _____ SAME: _____
 Data de Nasc.: ____/____/____
 Médico Assistente: _____
 Unidade/Leito: _____
 Nome social: _____

PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS

Salvador, ____ de _____ de 20 ____ ____:____ (hh:min)

Paciente Responsável

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____ Parentesco _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Salvador, ____ de _____ de 20 ____ ____:____ (hh:min)

Nome do médico _____ CRM: _____

Assinatura: _____