

Nome: _____
Data de Nascimento: ____/____/____
Leito/Quarto: _____ Atendimento.: _____
(OU COLAR ETIQUETA)

Autorizo a realização do (s) procedimentos (s) invasivo (a) e/ou cirúrgico (s):

_____ indicado pelo (a) Dr. (a) abaixo mencionado (a) e sua equipe, médicos credenciados (as) na Rede D'or – Unidade Bartira.

Declaro que fui previamente e adequadamente informado (a) sobre o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido, quanto a indicações, benefícios, riscos, potenciais complicações e/ou efeitos adversos e colaterais, bem como, sobre alternativas de tratamento. Na ocasião, tive a oportunidade de esclarecer todos os pontos e dúvidas existentes, que foram respondidas satisfatoriamente. Autorizo, ainda, a realização de quaisquer outros procedimentos, exames, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitam cuidados diferentes dos inicialmente propostos.

Autorizo a realização de fotos e/ou vídeos para documentação, que poderão ser utilizados com finalidades administrativas obedecendo os critérios de confidencialidade e sigilo em postos pela legislação vigente.

Estou ciente que para realizar o (s) procedimento (s) proposto (s), será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos serão indicados e explicados oportunamente pelo médico anestesista.

Deve ser preenchido pelo paciente:

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais eu não concordasse.

Assim, declaro que estou satisfeito (a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e risco dos procedimentos. Desta maneira e nestas condições dou o meu consentimento para que o mesmo seja realizado. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento antes que o procedimento se realize.

Paciente Responsável

Nome _____ Identidade n° _____

Grau de parentesco _____ Assinatura _____

Santo André, ____/____/____ Hora _____ :

Assinatura (paciente) ou (Responsável) _____

Deve ser preenchido pelo médico:

Declaro que expliquei ao próprio paciente e/ou responsável todo o procedimento exame tratamento e/ou cirurgia a que o(a) paciente acima referido(a) estará sujeito(a), sobre indicação, benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu atendimento, o (a) paciente e/ou responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Não foi possível obter o consentimento por se tratar de emergência.

Nome do Médico: _____

Assinatura: _____