

Termo de Alta Hospitalar

ALTA A PEDIDO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NAO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Paciente: _____ Sexo: _____
Registro: _____ Data de nasc.: ____/____/____
Convênio: _____
Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

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:

.....

RECUSA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Com base no diagnóstico acima mencionado me foi recomendado a permanência no hospital para continuidade da investigação e tratamento.

Recebi todas as informações relativas à necessidade de hospitalização, sua indicação, seus benefícios, e riscos associados;

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas à recomendação de permanência no hospital;

Apesar de ter sido esclarecido e alertado sobre os riscos de morte e eventuais sequelas irreversíveis a que estarei sujeito pela não permanência na instituição para continuidade do tratamento, e usando dos direitos a que a lei me garante, declaro a minha intenção de não permanecer neste hospital mesmo contra a recomendação médica, assumindo pessoal e individualmente todas as consequências e responsabilidade da minha recusa.

Salvador, de de 20..... : (hh:min)

Paciente Responsável

Nome: RG:

Assinatura: Parentesco:

Nome do médico: CRM:

Assinatura: