

Termo de Ciência e Consentimento

RECUSA DE TRATAMENTO E/OU PROCEDIMENTO

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

Nome Completo/Social: _____ Sexo: _____
Data de nasc.: ____/____/____ Registro: _____
Filiação: _____
Convênio: _____
Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

Por este instrumento, eu, _____,
declaro que no dia _____ de _____ de 20_____, às _____ : _____ (hh:mm):

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.

Paciente Responsável

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____ Parentesco _____

Nome do médico: _____ CRM: _____

Assinatura: _____