

	DIRETORIA MÉDICA – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO					
	Elaboração 31/01/2013	Efetivação 06/10/2017	Código: HEO.DME.DOC.097	Versão: 02	Página 1	

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO DE RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA

PACIENTE:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade N°: _____ Órgão expedidor: _____

Obs.: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade N°: _____ Órgão expedidor: _____ Grau de Relacionamento: _____

1. Estou ciente de que vou realizar um exame / procedimento de radiologia intervencionista acima especificado, que meu médico assistente solicitou por considerá-lo necessário para melhor esclarecimento, acompanhamento e tratamento de meu estado de saúde.

2. A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados pelo Dr. _____, CRM N° _____, assim como os riscos e complicações potenciais, especialmente as seguintes: _____

Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória.

3. Autorizo qualquer outro procedimento, exame ou tratamento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

4. Assim, declaro agora que estou satisfeito (a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do procedimento. Por tal razão, e nestas condições, dou o meu consentimento para que o mesmo seja realizado.

Olinda, _____ de _____ de _____ Hora: ____/____

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

Testemunha

Testemunha

MÉDICO RESPONSÁVEL (em situação de Emergência, dois médicos deverão assinar)

() Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.

() Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por se tratar de situação de EMERGÊNCIA.

Olinda, _____ de _____ de _____ Hora: ____:____

Médico CRM N°

Médico CRM N°

REVOGAÇÃO:

Olinda, _____ de _____ de _____ Hora: ____:____

Paciente: _____

Responsável legal: _____ RG: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

ELABORAÇÃO	APROVAÇÃO
Nome: DR. GUTEMBERG GUERRA	Setor: DIRETORIA MÉDICA Nome: Drª ERICA BATISTA
Assinatura/Data:	
Vigência: 06/10/2020	