

TERMO DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

Eu, _____, identidade nº _____, responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento anestésico realizado no Hospital _____ até sua residência. Fui orientado a retornar imediatamente ao Hospital (Setor de Emergência), em caso de quaisquer complicações.

Recife, _____ de _____ de _____

Assinatura

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de:

() Situação de Emergência () Recusa do Paciente () Recusa do Responsável Legal

Recife, _____ de _____ de _____

Médico CRM N°

Médico CRM N°

REVOGAÇÃO: Recife, ____/____/____ Hora: _____
(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)