

Declaro para os devidos fins que fui prévia e adequadamente informado da conveniência da realização e dos efeitos clínicos, adversos e colaterais, decorrentes dos procedimentos médicos/cirúrgicos abaixo indicados:

§ Tratamento Clínico / Procedimento Cirúrgico Proposto:

§ Diagnóstico Provável:

Tenho conhecimento de que os procedimentos médicos / cirúrgicos a que serei submetido, indicados pela equipe médica que me assiste, são necessários à manutenção de minha saúde, trazendo benefícios; porém, oferecem alguns riscos. Declaro que fui esclarecido que o procedimento pode ocasionar, embora raramente, intercorrências como: sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios, e outros.

Todas as dúvidas relacionadas aos referidos procedimentos me foram amplamente esclarecidas, notadamente quanto a possíveis resultados insatisfatórios, com a possibilidade de agravamento do quadro e cuidados posteriores que por mim devam ser observados. Reconheço que a medicina não é uma ciência exata e que efeitos adversos, seqüelas ou complicações poderão ocorrer, em razão de meu próprio metabolismo, independente da boa técnica médica aplicada.

Autorizo expressamente a equipe médica que me assiste a realizar todos os exames e procedimentos médicos, terapêuticos, cirúrgicos, diagnósticos e/ou periciais que sejam necessários, em caso de necessidade e urgência, em face de possíveis intercorrências ou com vistas à investigação de causas cirúrgicas

DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

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 não concordasse.

() Paciente () Responsável

Assinatura

Nome legível _____

Grau de Parentesco _____ Identidade Nº: _____ Data ____/____/____ Hora: ____:____

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura

Nome do Médico _____

CRM _____