

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA

Nome \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Convênio \_\_\_\_\_

Registro \_\_\_\_\_ Leito \_\_\_\_\_

Autorizo a realização do(s) procedimento(s) invasivo(s) e/ou cirúrgico(s):  
\_\_\_\_\_

indicado pelo(a) Dr.(a) abaixo mencionado(a) e sua equipe, médicos credenciados(as) no HSL.

Declaro que fui previamente e adequadamente informado(a) sobre o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido(a), quanto a indicações, benefícios, riscos, potenciais complicações e/ou efeitos adversos e colaterais, bem como, sobre alternativas de tratamento. Na ocasião, tive a oportunidade de esclarecer todos os pontos e dúvidas existentes, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que a medicina não é uma ciência exata e que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

Autorizo, ainda, a realização de quaisquer outros procedimentos, exames, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes dos inicialmente propostos.

Estou ciente que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s), será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos serão indicados e explicados oportunamente pelo médico anestesista.

**Deve ser preenchido pelo paciente:**

Confirmo 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 eu não concordasse.

 Paciente       Responsável

Nome \_\_\_\_\_ Identidade nº \_\_\_\_\_

Grau de parentesco \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

São Paulo, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

**Deve ser preenchido pelo médico:** Declaro que expliquei ao próprio paciente e/ou responsável todo o procedimento exame tratamento e/ou cirurgia a que o(a) paciente acima referido(a) está sujeito(a), sobre indicação, benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o(a) paciente e/ou responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado. Não foi possível obter o consentimento por se tratar de emergência.

Nome do Médico \_\_\_\_\_

CRM \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_