

Termo de consentimento - Cirurgia

DECLARANTE

Nome: _____ Idade: _____

Identidade Nº.: _____ Órgão expedidor: _____ Paciente Responsável ou Representante legal

OBS.: no caso do declarante não ser o paciente, preencher os dados do paciente no espaço abaixo.

PACIENTE

Nome: _____ Idade: _____

Identidade Nº.: _____ Órgão expedidor: _____

1. Declaro que o Dr. _____ CRM Nº. _____ informou-me que, tendo em vista o diagnóstico (ou suspeita diagnóstica) de _____

será conveniente e indicado o procedimento cirúrgico.

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

3. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

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

5. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido durante a cirurgia seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento do diagnóstico ou tratamento.

6. 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.

7. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____

Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)

Testemunha

Testemunha

MÉDICO RESPONSÁVEL (em situações 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 desse Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____

Hora: _____

Médico, CRM

Médico, CRM

Testemunha

Testemunha

REVOGAÇÃO: RJ, ____/____/____. Hora: ____ : ____

(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)