

Termo de Consentimento Informado

Procedimento a ser realizado: _____

PACIENTE

Nome: _____ Idade: _____

Identidade Nº.: _____ Órgão expedidor: _____

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

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: _____ Idade: _____

Identidade Nº.: _____ Órgão expedidor: _____

1. Declaro que fui informado da conveniência e da indicação do procedimento acima especificado pela equipe do Dr. _____ CRM Nº. _____, médico responsável pelo procedimento;
2. A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados, assim como os riscos e complicações potenciais;
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 em situações imprevistas que possam ocorrer durante o procedimento 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 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 _____.

Assinatura do 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 texto acima.

Não foi possível a coleta desse Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____ Hora: _____ : _____

Assinatura do Médico, CRM

Testemunha

Assinatura do Médico, CRM

Testemunha

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

Assinatura do Paciente ou Responsável/Representante Legal