

Termo de Recusa Livre Esclarecida

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. Declaro ainda ter sido esclarecido e alertado sobre o risco de vida e eventuais sequelas irreversíveis a que estará sujeito o paciente pela não realização do procedimento;
5. Assim, declaro agora que estou satisfeito com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do procedimento, e usando dos direitos que a lei me garante, não autorizo o tratamento indicado e assumo, pessoal e individualmente, a responsabilidade pelas consequências da minha recusa.

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