

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICOS E INVASIVOS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ DN: ____/____/____
Prontuário: _____ Atendimento: _____ Idade: _____
Data: ____/____/____ Médico: _____ Leito: _____

ETIQUETA

O presente Termo tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) tratamento(s), assistência clínica, medicamentos(s) ou procedimento(s) (exames e cirurgias) ao(s) qual(is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital de Clínicas de Itajubá.

Autorizo o Dr(a). _____ pertencente ao corpo clínico do Hospital de Clínicas de Itajubá a realização do(s) seguinte(s) tratamento(s), assistência clínica ou procedimento(s): _____

A proposta do(s) tratamento(s), assistência clínica ou procedimento a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativa me foram explicadas claramente pelo médico. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos e que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital para ser alcançado o melhor resultado. Também estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o(s) tratamento(s), assistência clínica ou procedimento, assim como podem ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas. Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

ESTE ESPAÇO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Paciente Assinatura: _____
 Responsável:
Nome: _____ Assinatura: _____
Grau de parentesco: _____ Documento de identidade: _____
Itajubá, _____ de _____ de _____.

ESTE ESPAÇO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Expliquei todo(s) o(s) tratamento(s), assistência clínica ou procedimento(s) ao paciente acima identificado e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formulados por ele(s). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável estão em condições de compreender o que lhe(s) foi informado.

Médico (assinatura e carimbo)

CRM