

Nome Completo: _____

Nome Social: _____

Sexo: () M () F () Outros Data de nascimento: ____/____/____ Registro: _____ Unidade: _____

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL (No caso de paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado).

Nome: _____ CPF: _____

Endereço: _____ Tel: _____

Autorizo o Dr(a). _____ ou outro membro da equipe de _____ a realizar na minha pessoa o (s) seguinte(s) procedimento(s) Cirúrgico(s) e/ou invasivo(s), diagnóstico ou: PROCEDIMENTO CIRURGICO HOJE: _____ Cód. Indicação: _____ Data: ____/____/____.

A proposta do procedimento cirúrgico e/ou invasivo a que serei submetido (a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente.

Reconheço que nenhuma garantia me foi dada sobre resultados, mas sim que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis neste hospital para ser alcançado o melhor resultado.

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

Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para esclarecimento diagnóstico ou terapêutico.

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas, reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Confirmo que fui informado, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que tive a oportunidade de anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

Expliquei todo o procedimento cirúrgico/invasivo ao paciente acima identificado, ou ao seu responsável, seus benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Rio de Janeiro, ____ de _____ 20____

Hora: ____ : ____

Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu responsável/Representante Legal, conforme o termo acima.

Paciente/responsável

Cirurgião (ã)

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO(A) CIRURGIÃO(Ã) EM CASO DE EMERGÊNCIA

Circunstâncias de Emergência / Risco de Morte: Preencher este Consentimento Informado "Não Obtido": Declaro que, devido ao estado clínico do paciente ou à emergência/risco de morte identificado, não foi possível fornecer ao paciente as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado.

Cirurgião(ã)

Testemunha