

NEUROCIRURGIA

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC

Pelo presente instrumento, declaro que fui suficientemente esclarecido (a) pelo (a) meu (minha) médico (a) _____ sobre o seguinte procedimento/cirurgia ao qual vou me submeter: _____

Diagnóstico: _____

Tratamentos prévios: _____

Resultado esperado com o procedimento/cirurgia: _____

Possíveis riscos e complicações do procedimento/cirurgia:

Declaro também que fui informado (a) de todos os cuidados que devo seguir a fim de alcançar o melhor resultado. Estou ciente que o tratamento não se limita ao ato cirúrgico, sendo que deverei retornar ao consultório nos dias determinados pelo médico, bem como informá-lo imediatamente sobre possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir, assim como deverei realizar tratamentos complementares quando indicados pelo (a) médico (a) (ex: fisioterapia, RPG, entre outros).

Entendo que durante a realização do procedimento meu médico e seus assistentes poderão fazer mudanças no procedimento explicado baseado no seu julgamento cirúrgico e conhecimento científico, e que complicações não previstas poderão ocorrer.

Estou ciente que a prática da medicina não é uma ciência exata, e reconheço que nenhuma garantia definida foi feita a mim a respeito do resultado do procedimento, mas me foi informado que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis na instituição para que seja alcançado o melhor resultado.

Tive a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco ou palavras com as quais não concordasse.

Confirmo que li e compreendi todo o acima exposto e que tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais foram respondidas satisfatoriamente, assim como me foi explicada a indicação do procedimento.

Pelo presente também manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento para realização do procedimento acima descrito, não havendo perguntas a mais para fazer no momento.

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

MÉDICO

Nome:

CRM:

_____, ____ de _____ de _____.

TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO:
RG:

NOME COMPLETO:
RG:

1ª via: médico

2ª via: Paciente

3ª via: Prontuário (levar para o Hospital no dia do procedimento).