

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC.

PREZADO PACIENTE: O Termo de Consentimento Informado é um documento no qual sua **AUTONOMIA** (vontade) em **CONSENTIR** (autorizar) é manifestada. A intervenção cirúrgica indicada será realizada por seu médico e equipe após seu consentimento. Este documento somente deverá ser assinado se todas as suas dúvidas já tiverem sido esclarecidas. Se não entendeu alguma explicação pergunte ao seu médico antes de autorizar a realização da intervenção cirúrgica e início do tratamento. A assinatura no presente documento representa seu consentimento na realização da intervenção cirúrgica, sua concordância e comprometimento em seguir as orientações das condutas pré-operatórias e pós-operatórias, inclusive quanto ao seguimento do tratamento com equipe multidisciplinar.

Eu, _____,
Portador(a) do RG nº _____, Inscrito no CPF sob nº _____,
residente na _____
Cidade _____ Estado _____, CEP _____ com Idade _____ (anos), peso _____ (kg), altura _____ (cm), portador da(s) doença(s) (incluir principal e associadas) _____, baixo assinado,
DECLARO ser de minha livre e esclarecida vontade a realização da intervenção cirúrgica _____ que será realizada pelo(a)
Dr(a) _____ e sua equipe.

DECLARO também que fui informado(a) de todos os cuidados e orientações específicas para o tratamento que devo seguir a fim de alcançar o melhor resultado: _____.

Estou ciente de que o tratamento não se limita ao procedimento realizado, sendo que deverei retornar ao consultório/hospital nos dias determinados pelo médico, bem como informá-lo imediatamente sobre possíveis alterações / problemas que porventura possam surgir.

Pelo presente também manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento para realização do procedimento acima descrito.

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)*