



TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO MÉDICOS - CONSENTIMENTO INFORMADO

DECLARANTE

Nome: _____

Identidade Nº: _____ Órgão Expedidor: _____

() Paciente () Responsável ou Representante Legal

OBS: No caso do declarante não ser o paciente, preencher os dados do paciente no espaço abaixo.

PACIENTE

Nome: _____

Identidade Nº: _____ Órgão Expedidor: _____

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: _____

NOME DO MÉDICO: _____

CRM Nº: _____

Data da realização do procedimento: ___/___/___

1. Declaro que o médico acima iniciado forneceu-me todas as informações relacionadas ao procedimento médico cirúrgico que serei submetida (o), certificando-me sobre todas as etapas inerentes a realização do procedimento, assim como a eventos e possíveis intercorrências dele decorrentes.

2. Declaro ainda que tenho a ciência de que todo e qualquer procedimento médico e/ou cirúrgico necessário para o meu atendimento somente será realizado após serem prestados todos os esclarecimentos pelo médico responsável pelo caso. Informo que tenho ciência de que os procedimentos caracterizados como urgência/emergência serão realizados a critério médico, ficando desde já autorizados.

3. Declaro também que nada omiti em relação a minha saúde e que informei todos os medicamentos e/ou outras substâncias que eventualmente esteja utilizando, assim como anteriores ocorrências de reações alérgicas e que concordo que esta declaração pode fazer parte integrante do prontuário médico.

4. Finalmente, declaro que tenho ciência das complicações e riscos mais frequentes ao ato cirúrgico a ser realizado. Por ser a expressão da verdade, firmo o presente em duas vias e igual teor e forma.

Pelo exposto, autorizo a realização do procedimento acima identificado.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____. Hora: _____

Paciente ou Responsável/ Representante Legal



MÉDICO RESPONSÁVEL

Declaro para os devidos fins, que esclareci o (a) paciente/representante legal, sobre o diagnóstico e prognóstico da doença, objetivo proposto, resultados esperados, possíveis tratamentos alternativos, riscos previsíveis e intercorrências, bem como sobre as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar os tratamentos. Respondi a todas as perguntas formuladas pelo paciente(a)/representante legal e acredito ter sido compreendido.

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____. Hora: _____

Médico, CRM

Revogação: RJ, ____/____/____ Hora: _____

Paciente ou Responsável/ Representante Legal