



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PROPOSTO

PACIENTE:

Nome _____ Idade: _____

Identidade Nº.: _____ Órgão expedidor: _____

Obs: Na impossibilidade de assinatura pelo paciente, sempre preencher os dados do Representante ou Responsável Legal

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome _____ Idade: _____

Identidade No.: _____ Órgão expedidor: _____

Declaro que o Dr. _____ CRM No. _____ informou-me que, tendo em vista o diagnóstico (ou a suspeita diagnóstica) de _____ será conveniente e indicado o procedimento cirúrgico _____

A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados, assim como os riscos e complicações potenciais, especialmente os seguintes: _____

Declaro que tive a oportunidade de fazer todas as indagações sobre o meu tratamento e o procedimento a que serei submetido, sendo prontamente respondidas e esclarecidas as minhas dúvidas. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos e estou ciente dos riscos.

Autorizo a equipe médica a realizar, em caso de necessidade ou diante de um achado inesperado, qualquer procedimento adicional que vise meu benefício, controle ou cura dessa ou de outra patologia, inclusive transfusão de sangue ou hemocomponentes.

Entendo que serei submetido a procedimento anestésico sob a responsabilidade de um médico anestesiológico.

Autorizo a realização de fotos e/ou vídeos para documentação, que poderão ser utilizados com finalidades científicas, obedecendo os critérios de confidencialidade e sigilo impostos pela legislação vigente.

Também entendi que, a qualquer momento e sem prestar qualquer explicação, poderei revogar este consentimento antes da realização do procedimento.

Assim, declaro agora que estou satisfeito(a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do procedimento.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____ Hora _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

MÉDICO RESPONSÁVEL

() Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____ Hora _____

Médico, CRM nº _____

REVOGAÇÃO RJ, _____ / _____ / _____ Hora: _____