

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO INVASIVO OU CIRÚRGICO

Eu _____, portador do RG nº _____,
declaro que:

1. Fui informado de que as avaliações e exames realizados revelaram alteração (ões) e diagnóstico (s): _____
2. Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como sobre os riscos de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da (s) enfermidade (s) diagnóstica (s).
3. Compreendo que, durante o (s) exame (s) e/ou procedimento _____
_____ para tentar curar ou melhorar a (s) supracitada (s) condição (ões), poderá (ão) apresentar-se outra (s) situação (ões) ainda não diagnosticada (s), assim como também poderá (ão) ocorrer situação (ões) imprevisível (eis) ou fortuita (s).
4. Estou ciente de que, em procedimentos médicos invasivos, como citado, podem ocorrer complicações gerais, como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares, respiratórios e outros: _____
5. Estou ciente de que, para realizar o (s) procedimento (s) proposto (s), será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos serão iniciados pelo médico anestesiolologista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas.
6. Autorizo o médico abaixo identificado, bem como seus assistentes e/ou outros profissionais por ele selecionados a intervir no procedimento.
7. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
8. Confirmando que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com os quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

São Paulo, _____ de _____ de 20_____.

PACIENTE

Assinatura: _____

Nome: _____

CPF: _____

RESPONSÁVEL

Assinatura: _____

Nome: _____

CPF: _____

PREENCHIMENTO PELO CIRURGIÃO:

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiar, o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para tratamento descrito. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Assinatura e carimbo do Médico _____