

(preencher quando não houver etiqueta)

Nome: _____

Idade: _____ Reg: _____

Data de nascimento: / / ____

Convênio: _____

Médico: _____

TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA e CONSENTIMENTO para PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS

Autorizo a realização do (s) seguinte (s) procedimento (s) e/ou cirurgia (s):

indicado pelo médico assistente Dr.(a) _____

devidamente credenciado no Hospital e Maternidade Santa Joana, que assina este termo.

- 1- A proposta do procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetida, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
- 2- Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- 3- Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.
- 4- Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade de anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

Paciente **Responsável**

Nome legível: _____

Grau de Parentesco: _____ Identidade nº: _____

- 5- **Declaro que não autorizo o procedimento (s) e ou cirurgia (s) proposta, estando ciente dos riscos da minha decisão.**

_____/_____/_____
Data

_____:_____
Hora

Assinatura

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO (A)

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que a paciente acima referida está sujeita, a própria paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, a paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico (a) _____

Assinatura _____ CRM _____