

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Por este instrumento eu, _____, declaro que:

1º) fui informado(a) pelo(a) médico(a) de que as avaliações e exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões) e/ou diagnóstico(s):

2º) foi indicado a realização do exame/procedimento:

3º) recebi as explicações necessárias quanto aos benefícios deste exame/procedimento;

4º) recebi as informações necessárias sobre as probabilidades de êxito;

5º) estou ciente de que, durante o exame e/ou procedimento para tentar curar, ou melhorar a(s) supra citada(s) condição(ões) poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis(fortuitas);

6º) estou ciente de que em procedimento(s) invasivo(s), como o citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares, respiratórios e urinários. Além disso, as principais complicações associadas especificamente a este procedimento são as seguintes:

7º) também fui informado(a) sobre as alternativas possíveis ao procedimento, as consequências de não realizar o exame/tratamento e os procedimentos que poderão ocorrer no período de recuperação;

8º) por livre iniciativa aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

9º) esta autorização é dada ao(à) médico(a) identificado(a) neste documento, bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quando da necessidade de coparticipação;

10º) tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

11º) consinto, portanto, ao(à) médico(a) aqui identificado a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize o seu próprio julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza(m) o(s) tratamento(s), resguardadas as coberturas contratuais e/ou autorizações que dependam do plano de saúde por mim contratado;

12º) autorizo a realização de filmagem /fotografia do sítio operatório(**preservando a identidade do paciente**), bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente, também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a), sem

qualquer ônus financeiro, presente ou futuro;

13º) apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar, por escrito, este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Caxias do Sul, ____ de _____ de 20__.

assinatura do(a) paciente e identidade

assinatura do(a) responsável pelo(a) paciente
no caso de menor, ou que tenha responsável legal,
ou não possa assinar este documento.

Confirmo que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o(s) procedimento(s)/tratamento(s) acima descrito(o), bem como, que poderá revogar, por escrito, o consentimento que agora é cedido e afirmado.

Caxias do Sul, ____ de _____ de 20__.

assinatura do médico(a)

CRM

PLANO TERAPEUTICO

Diagnóstico Principal : _____

Procedimento Previsto: _____

Diagnósticos secundários _____

PRESCRIÇÃO INICIAL:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Assinatura e Carimbo do Médico