



## Termo de Ciência e Consentimento para Realização de Procedimentos Médicos - Consentimento Informado

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ RG N<sup>o</sup>: \_\_\_\_\_

Nome do Médico: \_\_\_\_\_ CRM.: \_\_\_\_\_

Procedimento médico/cirúrgico: \_\_\_\_\_

Data da realização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Declaro que o médico acima indicado, forneceu-me todas as explicações e informações relacionadas ao procedimento médico a que serei submetido(a), cientificando-me sobre todas as etapas inerentes a realização do procedimento, assim como a eventos e possíveis intercorrências dele decorrentes.

(se necessário, favor utilizar o verso do documento -"observações" -para inclusão das informações necessárias)

Declaro, ainda, que tenho ciência de que todo e qualquer procedimento médico necessário para meu atendimento somente será realizado após serem prestados os esclarecimentos necessários 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.

Por tal razão, autorizo a realização do procedimento acima identificado.

Diante da possibilidade de ocorrência de situações imprevistas e que determinem a necessidade de cuidados diversos daqueles inicialmente propostos, autorizo a realização de qualquer outro procedimento/tratamento necessário, inclusive transfusão de sangue.

Autorizo, se for o caso, que qualquer tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames ou utilizado com propósito médico e científico.

Informo que concordo, expressamente, com a execução de fotografias, filmagens, gravações, RX e outros serviços afins do procedimento cirúrgico, destinados ao estudo médico, e autorizo desde já a exibição desse material em palestras, congressos, jornadas e eventos médico-científicos, contanto que seja preservada minha identidade.

Declaro também que nada omiti em relação à minha saúde e que informei todos os medicamentos que eventualmente esteja utilizando, assim como anteriores ocorrências de reações alérgicas e que concordo que esta declaração passe a fazer parte integrante do prontuário médico, ficando o profissional médico e o estabelecimento hospitalar autorizados a utilizá-la no amparo e defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em qualquer tipo de ofensa à minha pessoa.

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

\_\_\_\_\_ assinatura paciente ou responsável legal

Autorizo, se for o caso, que qualquer tecido removido cirurgicamente seja utilizado com propósito médico e científico. Concordo, expressamente, com a execução de fotografias, filmagens, gravações, RX e outros serviços afins do procedimento cirúrgico, destinados ao estudo médico, e autorizo desde já a exibição desse material em palestras, congressos, jornadas e eventos médico-científicos, contanto que seja preservada minha identidade.

Concordo  Não Concordo

\_\_\_\_\_ assinatura paciente ou responsável legal

### DECLARAÇÃO MÉDICA

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

São Paulo \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ assinatura, nome legível e carimbo