

DADOS DO PACIENTE

Paciente: _____

CPF: _____

RG: _____

Data de Nascimento: _____

Profissão: _____

Cidade: _____

Endereço: _____

UF: _____, CEP: _____

Bairro: _____

Estado Civil: _____

TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS E CIRURGIAS

Eu _____ RG-Nº _____,

responsável pelo paciente: _____ Grau de Parentesco: _____.

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

No caso de envolver lateralidade, especificar: () Direito; () Esquerdo; () Bilateral.

Casos em que não é possível limitar sítio cirúrgico: () Procedimentos na face; () Procedimentos de emergência onde haja risco de morte ou perda do órgão; () Paciente prematuro e/ou com idade inferior a 30 dias.

No(a) paciente: _____

Indicado(s) pelo médico/dentista abaixo mencionado e baseado(s) no(s) seguinte(s) diagnóstico(s) informado(s):

Os possíveis riscos de quaisquer procedimentos incluem, entre outros, sangramento, infecção, lesão acidental de estruturas próxima, correção incompleta e óbito. Outros riscos deste procedimento específico incluem: _____

Benefícios e resultados esperados (listar): _____

Alternativas, inclusive, entre outras, ausência de tratamento: _____

Autorizo o médico/dentista abaixo mencionado a realizar qualquer outro procedimento; exame; tratamento, bem como outros procedimentos cirúrgicos que ele julgue necessários em decorrência de situações imprevistas e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente durante o procedimento seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico.

Declaro que recebi explicações claras sobre os potenciais benefícios, riscos, complicações e alternativas terapêuticas ao procedimento proposto e entendo que não pode haver garantia absoluta sobre os resultados desejados; compreendi e tive a oportunidade de esclarecer dúvidas, concordando com o exposto acima e me foi dado o direito de anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse, assim como revogar por completo este consentimento em qualquer momento antes da realização do procedimento.

O espaço a seguir deve ser preenchido pelo médico.

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e responsável pelo mesmo, o propósito, benefícios, riscos e as alternativas para tratamento descrito. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Cuiabá, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura e carimbo: _____

O espaço a seguir deve ser preenchido pelo Responsável.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Cuiabá, _____ de _____ de 20_____.

RG: _____ Assinatura do Responsável: _____