
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE:

PACIENTE:

Nome: _____ Idade: _____
Identidade No.: _____ Órgão expedidor: _____

OBS: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

RESPONSÁVEL / REPRESENTANTE LEGAL:

Nome: _____ Idade: _____
Identidade No.: _____ Órgão expedidor: _____ Paciente Responsável ou Representante Legal

1. Declaro que o Dr. _____ CRM No. _____ informou-me que, tendo em vista o diagnóstico (ou a suspeita diagnóstica) de _____, será conveniente e indicado o procedimento cirúrgico acima especificado. Autorizo o mesmo a ter uma cópia do relatório cirúrgico, respeitados os critérios de confidencialidade e sigilo impostos pela legislação vigente.

2. A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados, assim como os riscos e complicações potenciais, especialmente os seguintes: _____

Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

3. Autorizo a equipe médica a realizar, em caso de necessidade ou diante de um achado inesperado, qualquer procedimento adicional que vise meu benefício, controle ou cura dessa ou de outra patologia, inclusive transfusão de sangue ou hemoderivados.

4. Entendo que serei submetido a procedimento anestésico sob a responsabilidade de um médico anestesiológico.

5. Autorizo a realização de fotos e/ou vídeos para documentação, que poderão ser utilizados com finalidades científicas, obedecendo-se os critérios de confidencialidade e sigilo impostos pela legislação vigente.

6. Assim declaro que tive a oportunidade de fazer todas as indagações sobre meu tratamento e o procedimento que serei submetido, me sendo prontamente respondido e esclarecidas todas as minhas dúvidas. Todavia, tendo em vista que a natureza da prestação dos serviços médicos é de meio, estou ciente dos riscos e que o resultado pode não ser o esperado.

7. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____ Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

Testemunha

Testemunha

MÉDICO RESPONSÁVEL (em situação de Emergência, dois médicos deverão assinar)

- Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.
 Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____ Hora: _____

Médico, CRM

Médico, CRM

REVOGAÇÃO: RJ, ____/____/____ HORA: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)