

CLIENTE

Nome: _____

Idade: _____ N° Identidade: _____ Órgão Expedidor: _____

OBS: No caso do declarante não ser o cliente, preencher o espaço abaixo:

RESPONSÁVEL / REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: _____

Idade: _____ N° Identidade: _____ Órgão Expedidor: _____

Eu, acima identificado, declaro que fui informado quanto aos principais aspectos relacionados ao(s) seguinte(s) procedimento(s) cirúrgico(s): _____

Pelo(a) Dr(a) (CRM e Especialidade) _____

1. Afirmo que a proposta da cirurgia a que serei submetido(a), os benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram clara e objetivamente explicadas pela equipe médica, legalmente habilitada para a realização da cirurgia proposta.
2. Tive oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s).
3. Autorizo qualquer outro procedimento e/ou cirurgia em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, incluindo transfusão de sangue e seu componentes, caso necessário.
4. Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos e benefícios.
5. Estou informado(a) que as cirurgias, independentemente de todos os cuidados a serem tomados, experiência profissional e técnica adequada, sempre envolvem riscos e complicações conhecidas e outras imprevisíveis, mas que tudo será feito para impedir eventuais intercorrências.
6. No caso específico da cirurgia indicada para o tratamento, fui informado(a) pelo(a) médico(a) que as complicações mais frequentes são _____, tendo compreendido seus significados.
7. Declaro ter sido orientado(a) sobre as condições e cuidados pós-operatórios e me comprometo a seguir rigorosamente tais orientações, bem como a comunicar imediatamente qualquer alteração em decorrência do procedimento realizado.
8. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou para tratamento.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para excluir ou alterar quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse. **Por tal razão, e nestas condições, dou o meu consentimento para que o procedimento seja realizado pelo Dr. _____ e autorizo seus assistentes e/ou outros profissionais por ele selecionados a intervir no procedimento.** Entendo que o médico tem responsabilidade de meio e não de fim e que, portanto, não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos. Também entendi que a qualquer momento, e sem necessidade de justificativa, poderei revogar este consentimento, antes de o procedimento se iniciar.

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

(Cliente) ou (Responsável / Representante legal)

Testemunha (Assinatura)

Testemunha (Assinatura)

Nome: _____

Nome: _____

CPF/RG: _____

CPF/RG: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL

Declaro que:

☐ Prestei todas as informações necessárias ao cliente e/ou seu representante legal, tendo respondido às perguntas formuladas pelo(s) mesmo(s), conforme o termo acima. De acordo com o meu entendimento, o(a) cliente e/ou seu responsável, está(ão) em condições de compreender o que lhe(s) foi informado.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____

Médico / CRM

EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA, DOIS MÉDICOS DEVERÃO ASSINAR

☐ 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