

PACIENTE:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade Nº: _____ Órgão expedidor: _____

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

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade Nº: _____ Órgão expedidor: _____ Grau de Relacionamento: _____

Estou ciente que estarei realizando um procedimento solicitado por meu Médico Assistente.

Declaro que recebi informações suficientes sobre a doença que possuo, bem como sobre o procedimento ao qual deverei ser submetido, seus riscos, problemas potenciais, chances de sucesso e insucesso.

Recebi informações suficientes sobre as alternativas de tratamento e as consequências de abdicar do mesmo. Entendo, que do meu procedimento, irão participar médicos e outros profissionais da área de saúde.

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 derivados.

Entendo que poderei ser submetido a procedimento anestésico sob a responsabilidade de um médico anesthesiologista.

Autorizo a realização de fotos e/ou vídeos para documentação, que poderão ser utilizados com finalidades científicas, obedecendo a confidencialidade e sigilo impostos pela legislação vigente aos comitês de ética em pesquisa.

Tive a oportunidade de fazer todas as indagações sobre meu tratamento e o procedimento que serei submetido, sendo prontamente respondidas e esclarecidas todas as minhas dúvidas com linguagem de fácil compreensão. Compreendo que a natureza da prestação dos serviços médicos é de meio, estou ciente dos riscos e que o resultado pode não ser o esperado.

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

Olinda, _____ de _____ de _____ Hora: ____/____

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

Testemunha

Testemunha

Elaborador:	DR. GUTEMBERG GUERRA		
Aprovador:	DRª LUCIENE MELO		
Homologador:	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Data da Emissão:	31/01/2013	Revisão:	00
		Data da Revisão:	31/01/2015

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 se tratar de situação de EMERGÊNCIA.

Olinda, _____ de _____ de _____ Hora: ____: ____

Médico CRM N°

Médico CRM N°

REVOGAÇÃO:

Olinda, _____ de _____ de _____ Hora: ____: ____

Paciente: _____

Responsável legal: _____ RG: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

Elaborador:	DR. GUTEMBERG GUERRA		
Aprovador:	DRª LUCIENE MELO		
Homologador:	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Data da Emissão:	31/01/2013	Revisão:	00
		Data da Revisão:	31/01/2015