

TERMO DE CONSENTIMENTO
Procedimentos Médicos e Cirúrgicos Gerais

Declaro para os devidos fins que fui prévia e adequadamente informado da conveniência da realização e dos efeitos clínicos, adversos e colaterais, decorrentes dos procedimentos médicos / cirúrgicos abaixo indicados:

- Procedimento:

- Diagnóstico Provável:

- Tratamento Clínico / Cirúrgico Proposto:

Tenho conhecimento de que os procedimentos médicos / cirúrgicos a que serei submetido, indicados pela equipe médica que me assiste, são necessários à manutenção de minha saúde, trazendo benefícios; porém, oferecem alguns riscos.

Todas as dúvidas relacionadas com os referidos procedimentos me foram amplamente esclarecidas, notadamente quanto a possíveis resultados insatisfatórios, com a possibilidade de agravamento do quadro e cuidados posteriores que por mim devam ser observados. Reconheço que a medicina não é uma ciência exata e que efeitos adversos, seqüelas ou complicações poderão ocorrer, em razão de meu próprio metabolismo, independente da boa técnica médica aplicada.

Autorizo expressamente a equipe médica que me assiste a realizar todos os exames e procedimentos médicos, terapêuticos, cirúrgicos, diagnósticos e/ou periciais que sejam necessários, em caso de necessidade e urgência, em face de possíveis intercorrências ou com vistas à investigação de causas cirúrgicas.

Declaro que fui esclarecido que o procedimento pode ocasionar, embora raramente, intercorrências como: _____

Deve ser preenchido pelo paciente ou responsável

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

Paciente

Responsável

Nome legível: _____ Assinatura: _____

Grau de Parentesco: _____ Identidade nº: _____

São Paulo, ____ / ____ / ____ Hora: ____: ____

Deve ser preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico: _____ Assinatura: _____ CRMSP: _____