

Termo de Consentimento Informado para Procedimentos Cirúrgicos e Clínicos

Este Termo de Consentimento tem o objetivo de cumprir o dever ético e dar ciência ao paciente e/ou seu responsável legal, dos principais aspectos relacionados com o seu tratamento a ser realizado na Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto. Autorizo o(a) Dr.(a) _____ realizar o(s) seguinte(s) tratamento(s):

O tratamento proposto a que serei submetido (a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas apresentadas, foram claramente explicadas pelo médico. Me foi dada oportunidade de fazer perguntas, as quais foram respondidas, de forma clara e entendi perfeitamente. Estou ciente que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, disponíveis no Hospital para ser alcançado o melhor. Também estou esclarecido e concordo que podem ocorrer complicações durante o (s) Tratamento (s), como também poderá ser necessária a modificação da proposta inicial por situações imprevistas. Autorizo o Dr (a) acima citado, bem como os seus assistentes e/ou outros profissionais por ele selecionados a intervir no procedimento. Foi-me esclarecido pelo Dr(a) acima citado que, em razão da natureza do procedimento ao qual me submeterei, que podem ocorrer às seguintes complicações ao procedimento, as quais não guardam relação com a conduta médica, sem prejuízo de outras complicações da mesma natureza, de forma que poderão ocorrer: _____

Autorizo, se necessário, qualquer tecido retirado cirurgicamente seja utilizado com propósito médico e científico. Concordo, com a execução de fotografias, filmagens, gravações, RX e outros serviços afins do procedimento cirúrgico. Confirmando que recebi informações explicativas, li e compreendi, estou ciente e concordo com tudo que me foi exposto, e que também me foi concedida a oportunidade de cancelar, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, ou palavras com as quais não concordasse.

Paciente: _____ Assinatura: _____

Responsável: _____ Assinatura: _____

Grau de parentesco: _____ RG: _____

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2016.

Expliquei todo o Tratamento e as suas alternativas ao paciente acima e /ou ao seu responsável, ressaltando os riscos e benefícios e respondi as perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com a minha análise, o paciente e/ ou seu responsável está em condições de compreender o que lhes foi explicado.

Médico(a): _____ CRM/SP: _____ Assinatura: _____