

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS

Nome:

Data de Nascimento:

Nome da Mãe:

Autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) e/ou cirurgia(s):

no paciente

. No caso de envolver lateralidade, especificar: Direito Esquerdo

Bilateral, indicado pelo médico(a) / cirurgião(ã) – dentista Dr(a)

, e sua equipe,

(credenciados(as) no Hospital e Maternidade São Luiz – Unidade Assunção) após ter sido informado(a) do resultado das avaliações e exames, que revelaram as seguintes alterações e/ou diagnóstico(s):

- I. Recebi explicações claras sobre as alternativas de tratamento, benefícios e complicações potenciais.
- II. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento, incluindo transfusão sanguínea e/ou cirurgia que sejam necessários em decorrência de situações imprevistas e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- III. Autorizo a divulgação das informações médicas contidas em meu prontuário, exclusivamente para finalidade científica da Instituição desde que minha identidade permaneça anônima.
- IV. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente durante o procedimento realizado seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico e terapêutico, bem como para propósitos científicos ou educacionais.
- V. Autorizo a realização de filmagens/fotografias e, caso necessário, a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a) / cirurgião(ã) – dentista, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro, assegurando o pleno sigilo de minha identidade.
- VI. Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas, reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objetivo deste documento, se realize(m).
- VII. Estou ciente que posso solicitar esclarecimentos das dúvidas que possam surgir em qualquer fase do tratamento.
- VIII. Estou ciente de que, no momento da alta, deverei estar acompanhado por uma pessoa adulta.
- IX. Declaro que recebi explicações, compreendi e tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas, concordo com o exposto acima e que foi dado o direito de anular, neste momento, quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

Paciente Responsável

Nome Legível:

Grau de parentesco:

Doc. Identidade N°

São Bernardo do Campo,

Assinatura Paciente/Responsável

Preenchimento do Médico:

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

Médico:

CRM:

Assinatura do Médico