

Paciente:

Data:

Registro:

Termo de Consentimento para Procedimentos Invasivos e Cirurgias

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

Indicado pelo Dr. (a) abaixo mencionado (a) e sua equipe, médicos (a) credenciados ao Hospital Paraná.

1. A proposta do procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido (a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

2. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

3. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

4. 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: _____

Parentesco: _____ identidade: _____

Local e data: _____

Deve ser preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito (e/ou ao seu responsável), explicando sobre os riscos e alternativas, e respondendo às perguntas realizadas. De acordo com meu entendimento, o paciente (e/ou ao seu responsável), está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome e assinatura do médico: _____ CRM n.º _____