



Preencher quando não houver etiqueta

Paciente:

Data:

Registro:

Termo de Recusa Livre e Esclarecido

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

1. Sobre o (s) seguinte (s) procedimento (s) invasivos e/ou cirurgia (s):

a que devo ser submetido (a), seus riscos, benefícios e possibilidades alternativas, bem como as possíveis consequências de sua não realização.

2. Optei por não realizar o procedimento/ tratamento acima mencionado, podendo a qualquer momento autorizar a realização do procedimento/ tratamento que ora recuso, desde que presentes as condições clínicas indicadas.

3. Declaro ainda ter sido esclarecido e alertado sobre os possíveis riscos e eventuais sequelas irreversíveis, inclusive de morte a que estarei sujeito pela não realização do procedimento/ tratamento e usando dos direitos a que a lei me garante, não autorizo o tratamento indicado, assumindo pessoal e individualmente todas as consequências e responsabilidade da minha recusa.

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

5. 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: _____