

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Procedimentos Invasivos e Cirurgias.
(Consentimento Informado – Norma Técnica Resolução 55-169 de 19/06/96.**

Paciente _____

Identidade _____

1-A equipe médica explicou-me a proposta do procedimento à que serei submetido _____

2- Recebi todas as explicações necessárias quanto aos tratamentos alternativos, as possibilidades de ter os resultados que espero e problemas potenciais que possam ocorrer durante a recuperação, além dos riscos que existem em não realizar o procedimento.

3- Estou ciente de que a dor pode ocorrer após o procedimento realizado e que as medidas para seu controle estarão disponíveis sempre que necessário. Compreendi a importância de comunicar à equipe assistencial a ocorrência de dor.

4- Estou ciente que, durante o procedimento, poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticada(s) anteriormente, assim como também poderá(ão) ocorrer situação(ões) imprevisível(eis).

5- Estou ciente de que no procedimento invasivo proposto podem ocorrer as seguintes complicações:

6- Foi-me explicado que os benefícios esperados após a realização deste procedimento são: _____

7- Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

8- Autorizo que qualquer tecido removido em procedimento médico, seja encaminhado para exames complementares, desde que necessários para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

9- Esta autorização é dada ao(a) médico(a) _____ bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(ais) por ele selecionado(s) à intervir no(s) procedimento(s), e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de coparticipação.

Documento conforme a lei nº. 9.434 de 04/02/1997.

Confirmando que recebi explicações, e compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado.

() Paciente () Responsável (grau de parentesco) _____

Nome Legível _____

Assinatura: _____ Identidade nº. _____

Rio de Janeiro, ____/____/____. Hora: ____:____



Deve ser preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento 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: _____ CRM.: _____

Rio de Janeiro, ____/____/____. Hora: ____/____/____

Termo de acompanhante do paciente submetido à procedimento ambulatoriais.

Eu _____

Identidade nº. _____.

Responsabilizo-me à acompanhar o paciente acima após o procedimento cirúrgico ambulatorial realizado no Centro Hospitalar Amep Jacarepaguá, até sua residência.

Rio de Janeiro, ____/____/____. Hora: ____/____/____

Assinatura: _____