

Pelo presente termo eu,

() Paciente () Responsável Legal do Paciente:

Grau de Parentesco:

Identidade Nº (RG):

Órgão Emissor:

Residente e domiciliado à:

Autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) invasivo(s) e/ou cirurgico(s): _____

visto o diagnóstico ou suspeita diagnóstica de: _____

Indicado pelo Dr.(a) abaixo mencionado(a) e sua equipe, médico(a) do Corpo Clínico e/ou Contratado do HMMKB.

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. Da mesma forma, fui informado(a) que existem complicações associadas à anestesia proposta para o meu procedimento invasivo e/ou cirurgia, como reações alérgicas, pouco ou mais graves, aos anestésicos e demais medicamentos a serem administrados.
5. Deverei retornar ao local indicado e nos dias determinados pelo médico, bem como informá-lo imediatamente sobre possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir.
6. 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, bem como revogar o presente termo a qualquer momento antes da realização do procedimento e/ou cirurgia.

Nome do Paciente ou Responsável Legal:

Assinatura do Paciente ou Representante Legal

	RG:		RG:
Testemunha (1)		Testemunha (2)	

Hora: _____ Itajaí, / /

Deve ser Preenchido pelo Médico

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia 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.

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA.

Nome do Médico:

Assinatura do Médico / CRM

Hora: _____ Itajaí, / /

Termo de "Acompanhante" do Paciente Submetido a Procedimentos Ambulatoriais

Eu,

Responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento cirúrgico ambulatorial realizado no Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen, até sua residência.

Identidade nº:

Assinatura

Hora: _____ Itajaí, / /

REVOGAÇÃO

Itajaí, / / Hora: : _____
Assinatura Paciente ou Responsável Legal

	RG:		RG:
Testemunha (1)		Testemunha (2)	