

Termo de Ciência e consentimento para procedimentos invasivos e cirurgias



Diretor Técnico: Dr. Fernando VC De Marco
CRM 87270 RQE 35860

Paciente:
Dt. Nascimento:
Dt. Aplicação do Termo:
Unidade:
Convenio:
Categoria:
Médico:

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

indicado pelo Dr.(a) abaixo mencionado (a) e sua equipe, médicos (a) credenciados (a) no Hospital Vivalle:

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. Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

Paciente

Responsável

Nome Legível _____

Assinatura _____

Grau de Parentesco _____

RG _____

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.

Nome do Médico _____

Assinatura _____

CRM _____

Termo de acompanhante do paciente submetido a procedimentos ambulatoriais

Eu, _____

RG nº _____ responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento cirurgico ambulatorial realizado no Hospital viValle, até a sua residencia.

Assinatura: _____