

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Pelo presente termo, eu \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

ou responsável \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

fui informado(a) pelo médico(a) \_\_\_\_\_ CRM - BA: \_\_\_\_\_

sobre a realização do(s) procedimento(s) de:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1. A equipe médica explicou-me em linguagem clara e acessível sobre meu diagnóstico, prognóstico, tratamentos alternativos, objetivos do tratamento proposto e problemas potenciais que podem ocorrer durante a recuperação;

2. Estou ciente de que no(s) procedimento(s) citado(s) acima, independente de todos os cuidados a serem tomados, experiência profissional e técnica adequada a ser utilizada, não existe garantia ou segurança **ABSOLUTA** no resultado, pois sempre envolve riscos e pode levar a complicações conhecidas e outras imprevisíveis, mas que tudo será feito para impedir o seu aparecimento. AS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES QUE PODEM OCORRER:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Estou ciente que estas complicações, acima citadas, podem exigir providências imediatas, desta forma, autorizo o médico identificado neste termo, bem como seus assistentes e/ou outros profissionais por ele selecionados, a intervir tomando as medidas que forem necessárias (incluindo exames e terapias) em situações imprevistas que possam ocorrer e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos no plano terapêutico inicial.

4. Em caso de procedimento cirúrgico, que for necessária a remoção de órgão ou tecido, autorizo encaminhá-lo(s) para exames complementares desde que necessário para esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

5. Estou ciente de que a dor pode ocorrer durante o(s) procedimento(s) citado(s) acima e que a equipe assistencial tomará as providências necessárias para seu controle. Devo informar a equipe a ocorrência de dor.

6. Existem implicações culturais ou religiosas que precisem ser declaradas?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Pelo presente termo, confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos sentindo-me plenamente esclarecido(a) em todas as dúvidas que suscitei, autorizo o(a) médico(a) acima e demais profissionais por ele selecionados, a realizarem o(s) procedimento(s) de:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

, com o qual concordo a ser submetido, comprometendo-me a seguir todas as orientações fornecidas pela equipe assistencial, que constarão em prontuário e/ou receituário médico, por ocasião de meu acompanhamento. Assim como RESERVO-ME o direito de REVOGAR este consentimento até que o objeto desse documento seja iniciado.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do paciente ou responsável legal)

Testemunhas:

Nome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Eu confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável os riscos, benefícios, prognósticos e alternativas para o tratamento /procedimento acima descritos, tendo respondido as perguntas formuladas pelo mesmo. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável está em condições de compreender o que lhes foi informado.

DATA e HORA

Assinatura e carimbo do Profissional

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Imprimir 2 vias (paciente e prontuário)