

Etiqueta do Paciente



TERMO DE CIÊNCIA/CONSENTIMENTO INFORMADO PARA O SEGUINTE PROCEDIMENTO DE RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA EXAME / PROCEDIMENTO: _____

PACIENTE:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade No.: _____ Órgão expedidor: _____

Obs: Sempre preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade No.: _____ Órgão expedidor: _____

Estou ciente de que vou realizar um exame / procedimento de radiologia intervencionista acima especificado, que meu médico assistente solicitou por considerá-lo necessário para melhor esclarecimento, acompanhamento e tratamento de meu estado de saúde.

A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados pelo Dr. _____ CRM No. _____, assim como os riscos e complicações potenciais, especialmente as seguintes: _____

Tive a oportunidade de fazer perguntas e, quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória.

Autorizo qualquer outro procedimento, exame ou tratamento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Assim, declaro agora que estou satisfeito(a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do procedimento. Por tal razão, e nestas condições, dou o meu consentimento para que o mesmo seja realizado.

Também entendi que, a qualquer momento e sem prestar qualquer explicação, poderei revogar este consentimento, antes da realização do procedimento.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____ Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)

MÉDICO RESPONSÁVEL (em situações de Emergência, dois médicos deverão assinar)

() Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.

() Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de Emergência.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____ Hora: _____

Médico, CRM nº _____

Médico, CRM nº _____

REVOGAÇÃO: RJ, ____ / ____ / ____

Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)