

Etiqueta do Paciente



**TERMO DE CIÊNCIA/CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE TILT TESTE**

**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 o exame acima especificado, que meu médico assistente solicitou por achar necessário para melhor esclarecimento e acompanhamento 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. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória.

Autorizo qualquer outro procedimento, exame ou tratamento, 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)