

Autorizo o médico _____ e sua equipe a realizarem o(s) exame(s) e/ou procedimento(s) proposto(s) conforme registrado em prontuário.

Paciente: _____

Eu, abaixo assinado, declaro que:

- 1) Recebi todas as informações necessárias quanto aos benefícios, riscos e alternativas ou não de tratamento, bem como sobre os riscos de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da minha condição de saúde diagnosticada e entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos;
- 2) Declaro que tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente;
- 3) Compreendo que durante o(s) exames(s) e/ou procedimento(s) proposto(s) para tentar curar ou melhorar minha condição de saúde, poderão ocorrer situações ainda não diagnosticadas, como também situações imprevistas e/ou emergenciais que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;
- 4) Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos podem ocorrer complicações como sangramento, infecção, febre, calafrios, alergia, problema cardiovascular, respiratório, neurológico e outros, bem como o óbito;
- 5) Estou ciente que para realizar o(s) exame(s) e/ou procedimento(s) proposto(s) será necessário o uso de anestesia, cujos métodos, técnicas e medicamentos serão indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativa deste procedimento;
- 6) AUTORIZO o médico acima identificado, bem como seus assistentes e/ou outros profissionais por ele selecionado, a intervir no(s) exame(s) e/ou procedimento(s) proposto(s) de acordo com seu julgamento profissional;
- 7) AUTORIZO todo e qualquer outro exame/procedimento, *incluindo transfusão de sangue e hemoderivados*, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos;
- 8) AUTORIZO que qualquer órgão e/ou tecido removido durante o exame/procedimento seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou terapêutico;
- 9) AUTORIZO a utilização de informações contidas neste prontuário para pesquisas médicas, observando-se legislação vigente;
- 10) Estou ciente que posso solicitar esclarecimentos das dúvidas que possam surgir em qualquer fase do tratamento e me reservo o direito de revogar este consentimento antes que o(s) exame(s) e/ou procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m);
- 11) É dado direito ao médico e sua equipe a não realização ou interrupção do tratamento quando da não autorização do (s) exame(s) e/ou procedimento(s) proposto(s), bem como qualquer restrição em item constante neste Termo, por parte do paciente/responsável;
- 12) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que foi esclarecido acima e nestas condições autorizo a realização do(s) exame(s) e/ou procedimento(s) proposto(s) pelo médico acima citado e sua equipe, e permito que utilize o seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, através dos recursos conhecidos e disponíveis no local onde se realiza o tratamento.

() Paciente () Responsável legal / Grau de parentesco: _____

Nome: _____ RG: _____

Juiz de Fora, ____/____/____ Assinatura: _____

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO MÉDICO

Eu, _____, CRMMG nº _____

() Expliquei o procedimento ao paciente anteriormente identificado, ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido e esclarecido todas as perguntas formuladas por ele. De acordo com meu entendimento, o paciente/responsável compreendeu tudo o que foi explicado. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Informado e Esclarecido desse paciente ou representante legal para a realização do procedimento e/ou exame proposto.

() Devido ao estado clínico/cirúrgico emergencial do paciente, supra citado, não foi possível fornecer ao paciente/responsável as informações necessárias para obtenção deste Termo de Consentimento Informado e Esclarecido, por tratar-se de situação de Emergência.

Juiz de Fora, ____/____/____ Assinatura/carimbo Médico: _____

PREENCHIMENTO SOMENTE NO CASO DE REVOGAÇÃO

No uso do meu direito citado neste Termo de Consentimento Informado e Esclarecido venho revogar minha autorização para a realização do procedimento e/ou exame proposto que ainda não foi efetivado.

() Paciente () Responsável legal / Grau de parentesco: _____

Nome: _____ RG: _____

Juiz de Fora, ____/____/____ Assinatura: _____