

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA	
NOME _____	
DATA DE NASCIMENTO _____	IDADE _____
CONVÊNIO _____	
REGISTRO _____	LEITO _____

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

Indicado pelo(a) Dr.(a) abaixo mencionado(a) e sua equipe, médicos credenciados(as) no HOSPITAL SANTA ISABEL.

Declaro que fui previamente e adequadamente informado(a) sobre o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido(a), quanto a indicações, benefícios, riscos, potenciais complicações e/ou efeitos adversos e colaterais, bem como, sobre alternativas de tratamento. Na ocasião, tive a oportunidade de esclarecer todos os pontos e dúvidas existentes, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que a medicina não é uma ciência exata e que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

Autorizo, ainda, a realização de quaisquer outros procedimentos, exames, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes dos inicialmente propostos.

Estou ciente que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s), será necessário o emprego de anestesia cujos métodos, técnicas e fármacos serão indicados e explicados oportunamente pelo médico anestesista.

DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE:

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

Paciente Responsável

Nome _____ Identidade N° _____

Grau de parentesco _____ Assinatura _____

São Paulo, _____ Hora _____ :

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO:

Declaro que expliquei ao próprio paciente e/ou responsável todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o (a) paciente acima referido(a) estará sujeito(a), sobre indicação, benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o(a) paciente e/ou responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Não foi possível obter o consentimento por se tratar de emergência.

NOME DO MÉDICO _____ CRM _____

ASSINATURA _____