



TERMO DE ESCLARECIMENTOS E CONSENTIMENTO INFORMADO DE CIRURGIA

Eu _____, paciente, declaro que:

1º Fui informado (a) pelo médico assistente de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração (ões) e diagnóstico(s) de meu estado de saúde:

1. _____
2. _____
3. _____

2º Recebi todas as explicações necessárias e tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas quanto aos riscos, benefícios e alternativas do tratamento cirúrgico proposto:

1. _____
2. _____
3. _____

Também como fui plenamente informado (a) sobre os riscos de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s).

3º Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos empregados serão de indicação exclusiva do médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico.

4º Por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo.

5º Esta autorização é dada ao médico _____
CRM _____, bem como ao(s) seu(s) assistente(s) quanto à necessidade de coparticipação;

Assinatura: _____ Curitiba, ____ de _____ de 20 ____

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou seu(s) familiar (es), ou responsável(eis), o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o tratamento cirúrgico acima descrito.

Curitiba, ____ de _____ de 20 ____

Nome: _____

Assinatura: _____ CRM: _____