

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO HOSPITALAR

NOME PACIENTE: _____

LEITO: _____

Por este documento, SOLICITO tratamento de minha doença ou necessidade médico-cirúrgica, da qual tenho consciência de sua absoluta necessidade como melhor alternativa.

Para tal, AUTORIZO o(a) Dr.(a) a realizar tratamento clínico e/ou cirúrgico, a qual me foi explicado sua técnica, dificuldades, consequências e complicações, e ainda da possibilidade de optar por outro hospital.

Compreendo que o tratamento tem a finalidade de curar ou aliviar minha doença ou necessidade cirúrgica, mas que mesmo com os melhores cuidados, pode ter complicações já comprovadas com estes tratamentos, como: cura incompleta, necessidade de outros tratamentos clínicos ou cirúrgicos, limitação ou perda de alguma função, outros tratamentos complementares, hemorragias, infecções, complicações anestésicas, efeitos colaterais de medicamentos ou de equipamentos médicos e até mesmo a morte.

Compreendi claramente o conteúdo deste documento e aceito seus termos, o qual assino juntamente com o responsável pela minha internação, e satisfeito com os esclarecimentos, CONCORDAMOS com o tratamento proposto e seus possíveis riscos.

Finalmente DESOBRIGO a equipe de profissionais deste hospital de qualquer responsabilidade, pois entendo que todo esforço será realizado para que o tratamento tenha sucesso, mesmo que complicações venham a ocorrer, e AUTORIZO que acadêmicos e profissionais em especializações participem do meu atendimento, por ser este um hospital de ensino.

Pelotas, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do paciente

Nome do(a) responsável: _____

Assinatura: _____

Testemunhas

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____