

CONSENTIMENTO POS-INFORMADO

1. Identificação do paciente (representante legal):

Nome: _____ Idade: _____

Endereço: _____

Telefone: (____) _____; (____) _____ RG: _____

CIC: _____

2. Declaro que me foi informado que sou portador da seguinte condição de saúde: _____ (diagnostico).

Este diagnostico foi obtido através de: _____

3. Diante do diagnóstico acima descrito, foram-me apresentadas as seguintes alternativas de tratamento: _____

4. Dentre as alternativas para tratamento, considerando meu estado de saúde, as informações que me foram prestadas em termos simples e claros, a cerca das técnicas, benefícios, riscos e resultados adversos inerentes a cada um dos tratamentos acima citados, diante das minhas expectativas e concepções, optei por bem submeter-me ao seguinte tratamento:

a. Nome do procedimento: _____

b. Descrição do procedimento: _____

c. Descrição dos insucessos: _____

5. O procedimento anestésico será de escolha e responsabilidade do anestesista, que e o médico com especialidade para realização de tal ato.

6. O destino das peças/tecidos que porventura sejam retirados será: _____

CONSENTIMENTO POS-INFORMADO

7. Enxertos/ próteses /e afins que me serão implantados: _____

8. Informações e esclarecimentos prestados levando em consideração as minhas especificidades enquanto paciente: _____

9. A consulta foi acompanhada por _____
_____, com a permissão do paciente.

Local: _____ Data ____/____/____

Assinatura do paciente: _____

Assinatura do médico: _____