



- TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO -

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: _____ Sexo: _____ CPF: _____

RG: _____ / Telefone: _____

Endereço: _____

1. Considerando a constatação da doença e o tratamento que me foi proposto, **DECLARO** para todos os fins legais que:

a) o médico me forneceu todas as informações e explicações relacionadas à doença (diagnóstico) e ao tratamento (prognóstico) a que serei submetido, tendo ele me cientificado sobre todas as etapas a ele inerentes;

b) recebi explicações claras e em linguagem acessível e que pude entender completamente as seguintes características sobre o tratamento proposto:

o objetivo;

os resultados esperados;

os possíveis tratamentos alternativos;

os riscos previsíveis;

possibilidade de sequelas;

contra-indicações;

possíveis complicações;

a necessidade de seguir o tratamento proposto de forma rígida e com disciplina;

eventuais intercorrências (fatos adversos);

permanência no hospital superior à prevista;

c) tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas relativas à doença e ao tratamento proposto por meio de todas as perguntas que quis fazer, tendo elas sido respondidas de forma satisfatória e compreensível;

d) tenho conhecimento das consequências que poderão decorrer da minha recusa em aceitar o tratamento proposto;

e) nada omiti em relação à minha saúde e sintomas;

f) informei todos os medicamentos que estou utilizando e eventuais ocorrências de reações alérgicas que já tive;

g) tenho ciência de que este documento foi esclarecido pelo médico, as complicações e riscos conhecidos mais frequentes e possíveis de acontecer, podendo ocorrer outras imprevisíveis, dependendo da reação de meu organismo e da minha participação no tratamento proposto;

h) diante da possibilidade ocorrência de situações imprevistas e que determinem a necessidade de cuidados diversos daqueles inicialmente propostos, **AUTORIZO** a realização de quaisquer outros procedimentos/tratamentos necessários para meu cuidado, no intuito de preservar e/ou manter minha saúde/vida, especialmente para os casos emergenciais. Dentre os fatos adversos constantes no item b; estou ciente que, exclusivamente no caso de exposição acidental (de servidores e/ou terceiros), a risco biológico, tendo como paciente fonte a minha pessoa, declaro desde já, que autorizo, ser colhida amostras de meu sangue para serem efetuados exames sorológicos, tais como: Hepatites, AIDS, etc; exclusivamente com objetivo de avaliar necessidade de condutas profiláticas para servi-las ao acidentado;

i) tenho plena ciência de que, apesar dos esforços da equipe médica, não existe garantia ou segurança absoluta no resultado do tratamento em relação à cura da doença;

j) concordo que esta declaração passe a fazer parte integrante do meu prontuário, ficando os médicos e o estabelecimento hospitalar autorizados a utilizá-la para defesa de seus direitos sem que tal

**FHOMUV - Fundação Hospitalar do Município de Varginha - HOSPITAL BOM PASTOR**

RUA PRESIDENTE TANCREDO NEVES – Nº 500 /BAIRRO BOM PASTOR - CEP:37. 014-460 - VARGINHA – MG / TEL. : (35) 3690.1000 / 3690.1001 /
Site: www.fhomuv.com.br

autorização implique em qualquer tipo de ofensa à minha pessoa;

k) este termo é extensivo a todos os profissionais da equipe multidisciplinar que compõem a equipe médica que me atende;

l) faço estas afirmações sem pressão (coação) de ninguém e por minha vontade própria;

m) a necessidade de assinatura deste documento me foi explicada, visando ele retratar a minha vontade em concordar e autorizar formalmente a realização do tratamento proposto e resguardar direitos dos profissionais e do estabelecimento hospitalar;

n) li este documento e compreendi o seu conteúdo;

o) meu responsável/familiar assina este documento para ficar ciente da minha manifestação de vontade e apoio à minha decisão;

p) CONCORDO em me submeter ao tratamento proposto e AUTORIZO a realização dos atos profissionais médicos que sejam necessários para o restabelecimento ou manutenção de minha saúde.

Varginha, _____ de _____ de _____ às ____ horas e ____ minutos.

2. Declaro que é possível a qualquer momento, revogar o meu consentimento.

Revogo o consentimento prestado no dia e afirmo que não desejo prosseguir com o tratamento quimioterápico que me foi proposto, o qual dou como finalizado nesta data.

Varginha, _____ de _____ de _____ às ____ horas e ____ minutos.

Assinatura do paciente ou responsável

Assinatura do Médico responsável

TESTEMUNHAS:

Nome / RG

Nome / RG

DECLARAÇÃO MÉDICA	
Declaro para os fins legais que esclareci o paciente e/ou responsável sobre o diagnóstico e prognóstico da doença, objetivo proposto, resultados esperados, possíveis terapêuticas alternativas, riscos previsíveis e intercorrências inesperadas e sobre as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar os tratamentos. Respondi a todas as perguntas formuladas pelo paciente e/ou responsável e acredito ter sido compreendido.	
Nome do médico:	
Nº do CRM:	
Assinatura do médico:	
Testemunhas:	
Nome:	
Nº RG:	
Assinatura:	
Nome:	
Nº RG:	
Assinatura:	