



HOSPITAL SANTA ISABEL

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Paciente: _____ **RG:** _____ **Dt. Nascimento:** _____
Responsável: _____ **RG:** _____
Grau de Parentesco: _____ **Responsabilidade Legal:** _____ **Dt. Nascimento:** _____

1) Eu,
declaro que ouvi as explicações que me foram dadas pelo(a) médico(a) Dr(a). _____

(ou equipe médica responsável), sobre a realização do tratamento e/ou procedimento cirúrgico _____

e tratamentos complementares a que serei submetido(a)/a que será submetido o paciente por quem sou responsável.

2) Foi - me esclarecido o diagnóstico e prognóstico da doença, o objetivo e o procedimento proposto e os resultados esperados.

3) Foi - me esclarecido a respeito das complicações potenciais, dos riscos previsíveis e também de intercorrências inesperadas. Estou ciente que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

4) Declaro, assim, que após ter sido devidamente orientado(a), com esclarecimento de minhas dúvidas, compreendi a necessidade do procedimento. Em seguida, li este documento, estando de acordo com o que nele está escrito.

5) Diante disso, autorizo a equipe médica/corpo clínico do Hospital Santa Isabel - ISCMSP a praticar o procedimento/tratamento considerado necessário diante de situações imprevistas que possam ocorrer e que necessitem de cuidados, tratamentos ou procedimentos diferentes daqueles inicialmente propostos, para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, com a utilização de recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o tratamento.

6) Declaro, finalmente, que estou assinando este documento de livre e espontânea vontade.

São Paulo, ____ de _____ de _____

Assinatura do Paciente: _____

Assinatura do Responsável: _____

A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Confirmo que expliquei detalhadamente ao paciente e/ou famílias(s)/responsável(s), o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o(s) tratamento(s)/procedimento(s) acima descrito(s).

São Paulo, ____ de _____ de _____

Nome do médico: _____ CRM: _____

Assinatura do médico: _____