

TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS

Nome do paciente:			
Nº do RG:	Idade:	Enfermaria:	Nº do Leito:
Diagnóstico do paciente			
Tratamento proposto ao paciente			
Riscos inerentes ao tratamento proposto a ser realizado			

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 (a), tendo este me cientificado sobre todas as etapas inerentes ao procedimento.
- b) Recebi explicações claras e em linguagem acessível e que pude entender completamente as seguintes características sobre o tratamento proposto:
 - i. O objetivo;
 - ii. Os resultados esperados;
 - iii. Os possíveis tratamentos alternativos;
 - iv. Os riscos possíveis;
 - v. Possibilidade de sequelas;
 - vi. Contraindicações;
 - vii. Possíveis complicações;
 - viii. A necessidade de seguir o tratamento proposto de forma rígida e com disciplina;
 - ix. Eventuais intercorrências (fatos adversos);
 - x. Permanência no hospital superior ao tempo estimado.
- c) Tive a oportunidade de esclarecer as minhas dúvidas relativas à doença e ao tratamento proposto por meio de todas as perguntas que quis dizer, 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 contém a descrição das complicações e riscos conhecidos mais frequentes e possíveis de acontecer, podendo ocorrer imprevistos, dependendo da reação de meu organismo e da minha participação no tratamento proposto;

- h) Diante da possibilidade de 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;
- 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 dos meus direitos sem que tal autorização implique em qualquer tipo de ofensa a minha pessoa;
- k) Este termo é extensivo a todos os profissionais da equipe multidisciplinar que compõem a equipe médica que me atende;
- l) Faço esta afirmação 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.

Santarém – PA, _____ de _____ de 20 _____.

Nome do paciente:	
Assinatura do paciente:	
Nome do representante do paciente:	
RG:	Grau de parentesco:
Assinatura do representante do paciente:	

DECLARAÇÃO MÉDICA

Declaro para os fins legais que esclareci o paciente e/ou seu responsável sobre o diagnóstico e prognóstico da doença, objetivo proposto, resultados esperados, possíveis terapêuticas alternativas, riscos previsíveis, 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.

Testemunhas	1	Nome	
		Nº do RG	
		Assinatura	
	2	Nome	
		Nº do RG	
		Assinatura	
Nome do médico			
Especialidade			
Nº do CRM			
Assinatura do médico			