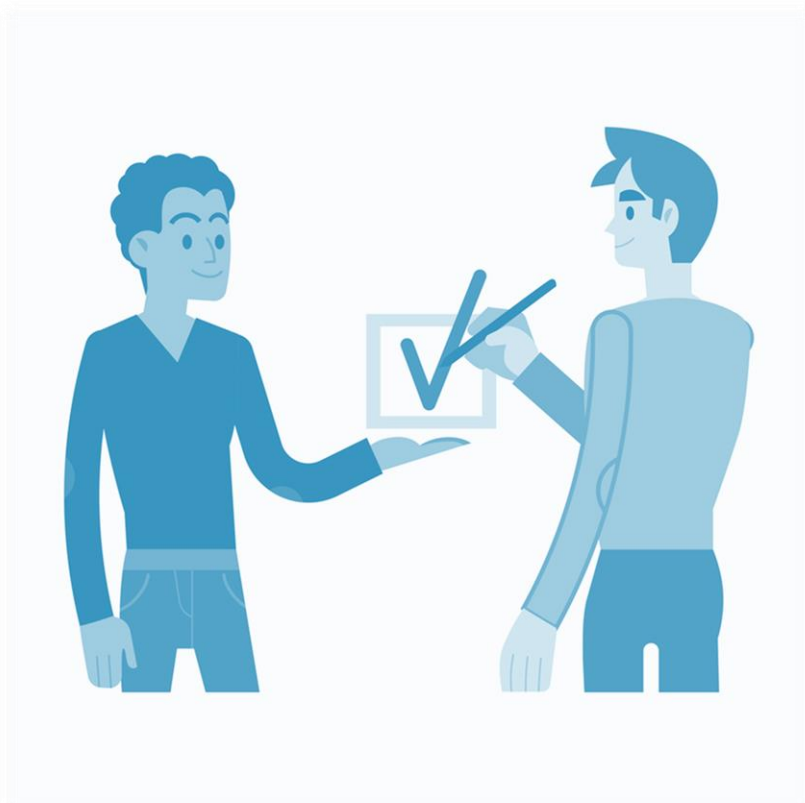


POLÍTICA DE CONSENTIMENTO DE INFORMAÇÃO



Código do documento:
POL-016

Emissão:
08/10/2022

Aprovação:
08/10/2022

Revisão:
-

SUMÁRIO

1. CONCEITO	3
2. DIRETRIZES	3
3. AÇÕES.....	3
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	7
5. ANEXOS	7

1. CONCEITO

O Termo de Consentimento Informado atende aos princípios éticos e deve ser aplicado sempre que o procedimento, exame ou tratamento traga riscos ao paciente, sendo um direito assegurado por lei que protege tanto a integridade física e moral do indivíduo, conforme legislação vigente Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, quanto o acesso à informação, considerada um direito fundamental garantido na Constituição Federal de 1988.

A Política de Consentimento Informado visa esclarecer e informar o paciente, responsável e acompanhante acerca dos riscos de procedimentos, exames e tratamentos, garantindo a sua tomada de decisão sobre tratamento e delimitando a responsabilidade da equipe médica que o realizará.

2. DIRETRIZES

1. Direitos e deveres do usuário/paciente;
2. Priorizar a transparência;
3. Garantir acesso às Informações;
4. Padronizar as informações transmitidas.

3. AÇÕES

A presente política deve ser amplamente divulgada e tem como objetivo a ciência prévia do paciente ou responsável sobre os riscos inerentes ao procedimento, com a ciência formal destes.

Estabelece-se assim que antes de qualquer cirurgia ou procedimento, o paciente e seus responsáveis devem receber explicações sobre o procedimento que será realizado e sobre as intercorrências que podem acontecer, exceto numa situação de extrema urgência. Após receber essas informações, um dos responsáveis pelo paciente deve receber e assinar um Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento.

Código do documento:
POL-016

Emissão:
08/10/2022

Aprovação:
08/10/2022

Revisão:
-

➤ CIRURGIA

Nesse documento, ele declara conhecimento sobre os riscos e complicações da cirurgia, assim como atesta ter sido informado sobre os benefícios e alternativas terapêuticas. O responsável declara que entende que não pode haver garantia absoluta sobre os resultados desejados.

No termo, consta uma autorização para a realização de outros procedimentos cirúrgicos que o médico julgue necessários em decorrência de situações imprevistas, assim como exames e tratamentos.

A cirurgia ou procedimento só será realizado após esse termo ser preenchido e assinado. Essa é uma prática que faz parte do checklist de cirurgia segura, criado pela Organização Mundial da Saúde e que é exigido pelos órgãos de certificação internacional para acreditação, como a Joint Commission International.

➤ PROCEDIMENTO ANESTÉSICO

Além da cirurgia, o procedimento anestésico também contempla a prática da aplicação do Termo de Consentimento Informado, que é realizado por um anestesiológico no momento da avaliação pré-cirúrgica, que é realizada antes de o paciente ser encaminhado à sala operatória.

➤ OUTROS PROCEDIMENTOS

Outros procedimentos também exigem a assinatura do consentimento: quimioterapia, inserção de cateter venoso central de inserção periférica (PICC), procedimentos de amputação de membro e punção liquórica.

O conteúdo dos termos é similar. Eles são sempre compostos de duas vias: uma é incluída no prontuário do paciente no Hospital e outra fica com a família.

A aplicação do Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido é obrigatória no âmbito Dos Hospitais para pacientes ambulatoriais e internados.

Além das hipóteses relacionadas, todo e qualquer procedimento cirúrgico e anestésico, seja de qualquer porte, obriga a aplicação do Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido.

Código do documento:
POL-016

Emissão:
08/10/2022

Aprovação:
08/10/2022

Revisão:
-

➤ ORIENTAÇÕES

Antes da realização do procedimento diagnóstico e/ou terapêutico, o médico assistente deve explicar claramente ao paciente e/ou responsável qual(is) é(são) a(s) hipótese(s) diagnóstica(s), bem como a proposta de procedimento a ser realizado, os riscos, benefícios, possíveis complicações, alternativas e chances de êxito, e os riscos da não realização do procedimento.

O profissional deve propiciar ao paciente e/ou responsável a elucidação de quaisquer dúvidas, de forma clara e compreensível, certificando-se de que o ouvinte entendeu o que lhe foi esclarecido.

➤ CONSENTIMENTO

O consentimento do paciente deve ser obtido após o médico ou a pessoa capacitada por ele indicada esclarecê-lo, suficientemente, sobre o procedimento médico a que será submetido. Se o paciente tiver dúvidas, solicitar outros esclarecimentos ou sentir-se inseguro, deverá ser atendido com presteza, respeito e sem qualquer tipo de influência, constrangimento, coação ou ameaça, a fim de preservar sua autonomia e dignidade (CFM Nº1/2016).

Obtido o consentimento verbal, um profissional de saúde (médico ou enfermeiro) deve entregar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente preenchidos por um profissional de saúde (médico ou enfermeiro), de forma clara e legível, ao paciente e/ou responsável para assinatura. Eventuais dúvidas remanescentes pertinentes ao documento devem ser objeto de elucidação na ocasião pelo médico assistente. Nos casos de situação de urgência em que o paciente não está em condições de consentir, é necessária a localização de familiar e/ou responsável para obtenção do consentimento. Não sendo possível a localização de nenhum responsável e havendo restrição do tempo para tomada de decisão, o médico assistente deve registrar tal situação no prontuário e assinar o Termo de Consentimento, colhendo a assinatura de mais um médico.

Nas hipóteses em que o paciente for relativamente capaz, será possibilitado ao mesmo, sempre que não houver contraindicação para tanto, a participação do processo de esclarecimento e decisão acerca da realização ou não do procedimento proposto. O Termo

Código do documento:
POL-016

Emissão:
08/10/2022

Aprovação:
08/10/2022

Revisão:
-

de Consentimento, todavia, deve ser assinado pelo paciente e médico responsável pelo atendimento (MÉDICO SOLICITANTE), com exceção das solicitações de procedimentos de outras instituições, nesse caso, será assinada pelo médico responsável pelo procedimento.

Tratando-se de paciente incapaz, o termo deve ser assinado pelo responsável legal, após todo o processo de esclarecimento referido. Trata-se de paciente incapaz, conforme Art. 4º da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, revogada pela Lei nº 13.146 de 2015 (Brasil, 2015):

São incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer:

I – os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos;

II – os ébrios habituais e os viciados em tóxico;

III – aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade;

IV – os pródigos.

Tratando-se de menor de idade, com pais definidos, deve-se localizar um responsável na figura de um deles. No caso de pacientes menores de idade sem pais que assumam a condição de responsável, deve-se localizar os curadores designados em juízo.

Quando se tratar de pessoa na maioridade interdita por algum motivo o responsável legal será o curador. Na ausência de curador, deve-se tentar localizar um familiar de 1º grau, na inexistência deste, aos parentes de até 4º grau. O vínculo familiar deverá ser comprovado documentalmente.

No momento do preenchimento da Ficha de Atendimento, o atendente deverá questionar sobre o possível responsável legal pelo paciente, coletando os seguintes dados: nome completo, CPF, endereço, telefone de contato e grau de parentesco.

As informações deverão ser registradas no formulário próprio, o qual será anexado ao prontuário do paciente.

Caso não seja indicada a comunicação direta ao paciente do diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos da intervenção proposta por causar-lhe dano, na forma do art. 59 do Código de Ética Médica, o processo de consentimento livre e esclarecido deve ser realizado com o responsável pelo paciente, obtendo-se a assinatura do responsável no documento e registrando-se tal condição no prontuário médico. Não é permitida a realização de quaisquer procedimentos no âmbito dos Hospitais sem que o médico assistente apresente o Termo de

Código do documento:
POL-016

Emissão:
08/10/2022

Aprovação:
08/10/2022

Revisão:
-

Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente assinado por quem de direito, em todas as hipóteses em que exigido.

Havendo recusa do paciente de parte ou da totalidade do tratamento que lhe foi indicado e desde que não esteja em situação de risco iminente de morte, o paciente deve assinar o “Termo de Recusa Total de Tratamento” ou o “Termo de Recusa Parcial de Tratamento”, na presença de testemunha, preferencialmente de um familiar.

Na recusa do paciente, a equipe médica deve certificar-se de que o mesmo demonstra ter compreendido sua condição clínica, os riscos da não realização do procedimento e as consequências negativas advindas.

Na hipótese do paciente ser relativamente ou absolutamente incapaz, a sua recusa e/ou a do seu responsável deve ser imediatamente comunicada à Direção da instituição e havendo indicação, às autoridades competentes para decisão final.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Serão aplicados então os modelos em anexo, não excluindo a possibilidade de formalização de outro para casos específicos não previstos nesta.

Essa política se aplica aos hospitais da Fundação Araucária e entra em vigor a partir da sua publicação.

5. ANEXOS

Código do documento:
POL-016

Emissão:
08/10/2022

Aprovação:
08/10/2022

Revisão:
-

ANEXO I

TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTOS DE AMPUTAÇÃO DE MEMBRO

Autorizo a realização de procedimento de amputação do membro abaixo discriminado, no nível anatômico em que for considerado necessário pelo cirurgião responsável e abaixo especificado, no(a) paciente: _____

Declaro estar ciente dos limites anatômicos propostos da amputação e que estes poderão ser modificados no período intra- operatório pelo cirurgião responsável, visando os melhores interesses do paciente. Membro a ser amputado (especificar lateralidade): _____

Recebi explicações claras sobre os potenciais benefícios, riscos, complicações e alternativas terapêuticas ao procedimento proposto e entendo que não pode haver garantia absoluta sobre os resultados desejados. Autorizo o médico abaixo mencionado a realizar qualquer outro procedimento; exame; tratamento, incluindo transfusão de sangue e/ ou derivados, bem como outros procedimentos cirúrgicos que ele julgue necessários em decorrência de situações imprevistas e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos. Autorizo, exclusivamente para finalidade científica, a divulgação das informações médicas contidas em meu prontuário, assim como a realização de filmagens e fotografias e suas veiculações, assegurando-se o pleno sigilo da identidade do paciente. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente durante o procedimento seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico. Declaro que recebi explicações, compreendi e tive a oportunidade de esclarecer dúvidas, concordando com o exposto acima e que me foi dado o direito de anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse, assim como revogar por completo este consentimento em qualquer momento antes da realização do procedimento. **PREENCHIMENTO PELO MÉDICO** Expliquei de forma clara e objetiva todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia que o paciente acima referido está sujeito(a), ao(a) próprio(a) paciente (adolescente) e seu responsável legal e também sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Médico: _____

CRM: _____ Assinatura: _____

_____, ____ de _____ de _____.

Nome do paciente: _____

Assinatura: _____

Responsável: _____

Parentesco: _____ RG: _____

Assinatura: _____

1ª via Prontuário
2ª via Paciente

Código do documento:
POL-016

Emissão:
08/10/2022

Aprovação:
08/10/2022

Revisão:
-

ANEXO II

TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS

A anestesia consiste no uso de diversos medicamentos, com o objetivo de provocar alteração de algumas funções do corpo. A intenção é permitir a realização, sem dor e sem outras respostas indesejadas, de procedimentos cirúrgicos, invasivos ou diagnósticos. Ela abrange, no mínimo, duas das ações abaixo:

- Redução ou perda da consciência (hipnose)
- Redução ou eliminação da dor (analgesia)
- Redução ou abolição dos movimentos (bloqueio muscular)
- Controle das respostas involuntárias do organismo frente ao estresse da cirurgia como: aumento da frequência cardíaca, aumento da pressão arterial, sudorese, etc (bloqueio neurovegetativo).

O procedimento é realizado por um médico anesthesiologista ou devidamente habilitado na Prática de anestesia e sedação. Este médico permanece junto ao paciente que fica monitorado durante todo o procedimento. De maneira obrigatória todo paciente é monitorizado quanto aos seguintes sinais vitais: frequência cardíaca, pulso, oxigenação sanguínea, pressão arterial, respiração e temperatura (no caso de anestesia geral).

O paciente será submetido a uma das técnicas abaixo:

() Sedação - pode variar de leve (paciente consciente, porém não ansioso) até profunda (paciente em sono profundo, só despertado por estímulos dolorosos). Pode ser realizada por meio do uso de um ou mais tipos de anestésicos.

() Anestesia geral – corresponde ao estado de perda de consciência, no qual o paciente não acorda, mesmo que sofra algum estímulo doloroso.

Pode ser administrada por via: () Venosa; () Venosa e inalatória; () Inalatória () Bloqueio espinhal – pode ser raquianestesia, anestesia peridural caudal ou lombar ou duplo bloqueio (associação das duas técnicas). Para realizar o bloqueio é realizada aplicação de anestésico local na região onde estão as terminações nervosas da coluna espinhal levando à perda da sensação dolorosa de uma parte do corpo. () Bloqueio periférico – consiste na aplicação de anestésico local em volta de nervos específicos com o objetivo de anestésiar um segmento determinado do corpo (braço, mão, pé, etc.). Para a realizar o procedimento anestésico, pode ser necessário realizar algum procedimento invasivo para a aplicação da anestesia e seu monitoramento durante a cirurgia como inserção de cateter venoso central, punção arterial, sondagem gástrica e/ou vesical, outros_____.

Indicações do procedimento: A anestesia pode ser realizada em qualquer procedimento cirúrgico, invasivo ou diagnóstico em que haja dor ou incômodo para o paciente desde que os benefícios superem os riscos de realizar o procedimento ou exame diagnóstico pela não colaboração do paciente. Benefícios: A maioria dos procedimentos cirúrgicos ou invasivos só pode ser praticado com a aplicação de uma técnica anestésica, que é um procedimento seguro permitindo inclusive a realização de cirurgias e procedimentos invasivos em pacientes graves. Também é possível manter o controle da dor após a cirurgia com a analgesia pós-operatória. Riscos e Complicações: a anestesia envolve diversos riscos e pode levar a uma série de complicações e efeitos colaterais com diferentes níveis de gravidade, entre eles:

() Anestesia geral/sedação: Náusea e vômito; Agitação no pós-operatório; Dor de garganta Broncoespasmo ou Laringoespasmo; Reação alérgica; Aspiração de conteúdo gástrico; Lesão dentária Hipóxia (má oxigenação); Parada cardiorrespiratória; Óbito; Outras (conforme condições específicas do paciente);

() Bloqueios: Dor de cabeça (raqui e peridural); Lesão nervosa; Infecção; Intoxicação por anestésico local; Parada cardiorrespiratória; Óbito; Outras (conforme condições específicas do paciente).

A incidência de eventos leves em anestesia pediátrica (náusea, vômito, dor de garganta, dor de cabeça, agitação do despertar) é baixa, porém extremamente variável, dependendo do tipo de cirurgia, condições clínicas da criança e técnica utilizada.

Política de Consentimento de Informação AÇÕES SOBRE ESCLARECIMENTOS E INFORMAÇÕES

Código do documento:
POL-016

Emissão:
08/10/2022

Aprovação:
08/10/2022

Revisão:
-

Eventos respiratórios ocorrem em 3,1% dos pacientes e instabilidade cardiovascular em 1,9%. Dentre os eventos respiratórios os mais comuns são laringoespasma e broncoespasma que ocorre em torno de 1,2% dos pacientes.

A taxa de complicações graves relacionadas aos bloqueios é muito baixa em crianças, variando de 0,4 - 2,4:10.000; não diferindo entre bloqueios periféricos e espinhais. Os principais fatores de risco para um evento adverso grave em anestesia pediátrica são idade, recém-nascidos e prematuros possuem maior risco de complicações, e condição clínica do paciente no momento da anestesia.

A parada cardíaca tem incidência variável em torno de 0,03% dependendo da população analisada. A taxa de mortalidade hospitalar em 30 dias por todas as causas é de 10 em 10.000, independente do tipo de anestesia. Alternativas: Procedimentos menores podem ser realizados com anestesia local ou até mesmo sem anestesia. Na maioria dos casos, contudo, não realizar a anestesia ou sedação impossibilita a realização do procedimento cirúrgico, invasivo ou diagnóstico. No caso da não realização da anestesia, o procedimento proposto pode não ser realizado.

Sintomas mais comuns que podem ocorrer no período pós-anestésico: Após a anestesia o paciente habitualmente é levado à sala de recuperação anestésica onde será mantido monitorizado pelo tempo determinado pelo anestesiológico até a recuperação da anestesia e alívio de qualquer eventual sintoma. Pacientes com maior risco podem ser encaminhados para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em hospital de referência; Podem ser observados: sonolência, náuseas, vômito, agitação do despertar, tremores, coceira, dor, entre outros.

Pelo presente declaro que recebi explicações claras sobre os potenciais benefícios, riscos, complicações e alternativas terapêuticas ao procedimento proposto e entendo que não pode haver garantia absoluta sobre os resultados desejados.

Autorizo o médico anestesista abaixo mencionado ou outro anestesista credenciado e referendado pelo cirurgião responsável pelo procedimento cirúrgico/invasivo ou procedimento diagnóstico a realizar o procedimento assinalado acima.

Autorizo qualquer outro procedimento, exames, bem como outros procedimentos médicos que ele julgue necessários em decorrência de situações imprevistas e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos. Declaro que recebi explicações, compreendi e tive a oportunidade de esclarecer dúvidas, concordando com o exposto acima e que me foi dado o direito de anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse, assim como revogar por completo este consentimento em qualquer momento antes da realização do procedimento.

Médico: _____

CRM: _____ Assinatura: _____

_____, ____ de _____ de _____.

Nome do paciente: _____

Assinatura: _____

Responsável: _____

Parentesco: _____ RG: _____

Assinatura: _____

1ª via Prontuário
2ª via Paciente

Código do documento:
POL-016

Emissão:
08/10/2022

Aprovação:
08/10/2022

Revisão:
-

ANEXO III TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS E CIRURGIAS

Autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) invasivo(s) e/ou cirurgia(s):

No caso de envolver lateralidade, especificar: () Direito; () Esquerdo; () Bilateral. Exceções de demarcação do sítio cirúrgico: () Procedimentos na face; () Procedimentos de emergência onde haja risco de morte ou perda do órgão; () Paciente prematuro e/ou com idade inferior a 30 dias. No(a) paciente _____ Indicado(s) pelo médico/dentista abaixo mencionado e baseado(s) no(s) seguinte(s) diagnóstico(s) informado(s):

_____. Os possíveis riscos de quaisquer procedimentos incluem, entre outros, sangramento, infecção, lesão acidental de estruturas próxima, correção incompleta e óbito. Outros riscos deste procedimento _____ específico incluem _____

Benefícios e resultados esperados (listar):

_____ Alternativas, inclusive, entre outras, ausência de tratamento: _____

Autorizo o médico/dentista abaixo mencionado a realizar qualquer outro procedimento; exame; tratamento, bem como outros procedimentos cirúrgicos que ele julgue necessários em decorrência de situações imprevistas e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos. Autorizo, exclusivamente para finalidade científica, a divulgação das informações médicas contidas em meu prontuário, assim como a realização de filmagens e fotografias e suas veiculações, assegurando-se o pleno sigilo da identidade do paciente. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente durante o procedimento seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico. Declaro que recebi explicações claras sobre os potenciais benefícios, riscos, complicações e alternativas terapêuticas ao procedimento proposto e entendo que não pode haver garantia absoluta sobre os resultados desejados; compreendi e tive a oportunidade de esclarecer dúvidas, concordando com o exposto acima e me foi dado o direito de anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse, assim como revogar por completo este consentimento em qualquer momento antes da realização do procedimento.

PREENCHIMENTO PELO MÉDICO: Expliquei de forma clara e objetiva todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia que o paciente acima referido está sujeito(a), ao(a) próprio(a) paciente (adolescente) e seu responsável legal e também sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Médico: _____

CRM: _____ Assinatura: _____

Nome do paciente: _____

Assinatura: _____

Responsável: _____

Parentesco: _____ RG: _____

Assinatura: _____

1ª via Prontuário
2ª via Paciente

Código do documento:
POL-016

Emissão:
08/10/2022

Aprovação:
08/10/2022

Revisão:
-

ANEXO IV

TERMO DE RECUSA PARCIAL/TOTAL AO TRATAMENTO OU PROCEDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Leito: _____ Prontuário: _____ Registro:
_____ Idade: _____ Data: ____/____/____ Médico: _____

O presente Termo de Recusa Parcial/Total ao Tratamento ou Procedimento tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) tratamento(s), assistência clínica, medicamentos(s) ou procedimento(s) (exames e cirurgias) ao(s) qual(is) será submetido, de modo que complementa as informações prestadas pelo seu médico, equipe de funcionários e prestadores de serviços da Fundação Araucária. RECUSO o Dr(a). _____ pertencente ao corpo clínico do Hospital São José e/ou Hospital São Paulo a realizar o(s) seguinte(s) tratamento(s), assistência clínica ou procedimento(s): _____

A proposta do(s) tratamento(s), assistência clínica ou procedimento a que seria submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativa me foram explicadas claramente pelo médico. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital para ser alcançado o melhor resultado a exceção dos recusados. Também estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o(s) tratamento(s), assistência clínica ou procedimento, assim como podem ser necessárias a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

Por esse motivo recuso o(s) Tratamento (s) ou Procedimento (s) aqui explicitados. Deixo claro que a atual recusa não impede futuros tratamentos ou procedimentos, a serem realizados neste Hospital assim como minha futura mudança de opinião sobre o tratamento/procedimento aqui recusado.

ESTE ESPAÇO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Nome do paciente: _____

Assinatura: _____

Responsável: _____

Parentesco: _____ RG: _____

Assinatura: _____

ESTE ESPAÇO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Expliquei todo o(s) tratamento(s), assistência clínica ou procedimento(s) ao paciente acima identificado e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formulados por ele. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado. E, mesmo assim, RECUSA o tratamento/procedimento

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

1ª via Prontuário
2ª via Paciente