

TERMO DE DECLARAÇÃO E RECUSA DE CONSENTIMENTO

(Alta à Pedido)

Procedimento/Tratamento:

Paciente:

Nome: _____
, brasileiro(a), estado civil: _____,
profissão _____, portador(a) do RG
nº _____, Órgão expedidor: _____
e CPF nº _____, residente e domiciliado(a) na
Rua _____
, nº _____, bairro: _____
, CEP _____, na cidade de _____.

Obs: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome: _____

Identidade No.: _____ Órgão Expedidor: _____.

declaro, para todos os fins de direito e sob as penas da lei:

1. ter recebido todas as informações relacionadas à importância da minha permanência na Unidade de Emergência ou na de internação do Hospital Dona Balbina para a manutenção e continuidade do(s) tratamento(s) instituído pelo(s) médico(s) que me assiste(m) neste momento.
2. que fui informado(a) e esclarecido(a) pelos médicos atendentes acerca da minha condição de saúde, do tratamento necessário, da conduta que deverá ser adotada e dos riscos e do prognóstico (evolução do tratamento e/ou resultado do procedimento cirúrgico).
3. que fui informado(a) e esclarecido(a) pelos médicos atendentes sobre as principais complicações que podem derivar da minha recusa em submeter-me ao procedimento/tratamento proposto.

4. que de acordo com a informações que foram prestadas, sem vício de vontade ou de consentimento, pretendo recusar o tratamento médico indicado.

5. que reconheço que foi garantida minha liberdade de escolha, ou seja, de ser submetido(a) ou não ao procedimento/tratamento médico proposto.

6. que reconheço que todas a minhas dúvidas foram esclarecidas e que entendi todas as implicações e riscos envolvidos(risco de vida e/ou sequelas irreversíveis), bem como que entendi todas as explicações que me foram prestadas e, apesar disso, decido desistir do tratamento proposto e retiro-me desta Unidade de Saúde.

Obs: _____

_____.

Expresso, portanto, minha opção livre, informada e esclarecida, assumindo os riscos derivados da decisão, e recuso o tratamento médico indicado.

Porto Ferreira, / / .

(Paciente) ou (Responsável/ Representante Legal)

Testemunha

Testemunha

MÉDICO OU ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:

Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável, esta em condições de compreender o que lhe foi informado

Porto Ferreira, / / Hora: : .

Médico e/ou Enfermeiro
