

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço

Código de Ética Médica – Art 59º - É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

Por este instrumento particular o (a) paciente,
ou seu responsável, Sr.(a)....., declara, para todos os fins legais, que de acordo com dispostos nos artigos 6º, III, 31º e 39, VI, do código de defesa do consumidor através da Lei nº 8078 de 11 de setembro de 1990, nos artigos 15 e 422º do código civil brasileiro de 2002 e artigo 59º do código de ética médica, dá plena autorização ao (à) médico (a) assistente, Dr. (a), inscrito(a) no Conselho Regional de Medicina do estado de sob o número para realizar os procedimentos invasivos necessários ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento médico que possa requerer, sendo especificados da seguinte forma:

1. A proposta do procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas de maneira adequada e satisfatória. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
2. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
3. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.
4. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade de expressar sobre os pontos com os quais não concordasse.

Nome legível:..... Assinatura:.....

paciente

responsável

Grau de parentesco:..... Identidade:.....

.....,/...../..... Hora:.....:.....

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos sem que houvesse dúvidas a seu respeito.

Nome do médico.....

Assinatura:..... CRM.....