

RECUSA PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO PRESCRITO

TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO DE RECUSA PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO PRESCRITO

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao:
() Paciente e ou () Responsável: _____,
quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento _____,
e ou a realização de Procedimentos ao (s) qual (is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de colaboradores do Complexo de Saúde São João de Deus, profissionais especializados e empresas prestadores de serviços parceiras do CSSJD.

PROCEDIMENTO, COMPLICAÇÕES E RISCOS

1) Procedimento:

2) Complicações e Riscos:

3) Informações Pertinentes Quanto à Recusa do Recebimento do Tratamento:

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, _____, inscrito no CPF sob o nº _____ () Paciente () Responsável grau de parentesco: _____, portador(a) de _____, em tratamento no CSSJD, declaro que recebi do (a) Dr. (a) _____, CRM: _____ todas as orientações quanto ao procedimento, riscos e complicações da não realização do _____. Decido por livre e espontânea vontade por não receber o procedimento _____, solicitando exercer autoridade de decidir livremente sobre a minha pessoa ou bem-estar e quanto à execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, que neste momento, considero prejudiciais para a manutenção da minha dignidade e conforto.

TESTEMUNHAS

1ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

2ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro ter explicado todo o procedimento de _____, ao paciente/responsável acima identificado, expliquei ainda sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo (s) mesmo (s). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, estão em condições de compreender o que lhe (s) foi informado.

Divinópolis, _____ de _____ de _____

Nome completo: _____ CRM: _____

Assinatura