



CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE

PARA ATOS MÉDICOS

etiqueta

Tipo de procedimento (de forma compreensível para o cidadão comum)

Confirmo que expliquei ao doente, aos pais ou ao seu representante legal, de forma adequada e compreensível, o procedimento referido, os benefícios, os riscos e possíveis complicações associados à sua realização, como os resultados da sua não realização, e as alternativas possíveis para a situação clínica.

Informação escrita em anexo: Não Sim (Nº de páginas _____)

Nome do Médico/Nº OM: _____ legível

Data: ___ / ___ / ___ _____ assinatura

Para procedimento que envolva anestesia

Tipo de procedimento anestésico (de forma compreensível para o cidadão comum)

Confirmo que expliquei ao doente, aos pais ou ao seu representante legal, de forma adequada e compreensível, o procedimento referido, os benefícios, os riscos e possíveis complicações associados à sua realização, bem como as alternativas disponíveis para a sua situação clínica.

Informação escrita em anexo: Não Sim (Nº de páginas _____)

Nome do Médico/Nº OM: _____ legível

Data: ___ / ___ / ___ _____ assinatura

Doente / Representante legal

- Li com atenção e compreendi todas as indicações constantes neste documento, do qual me foi entregue uma cópia.
- Solicitei todas as informações de que necessitei, sabendo que o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.
- Tenho consciência de que sou livre para poder aceitar ou recusar, a qualquer momento, o procedimento que me é proposto pelo médico.

Concordo com a realização deste procedimento, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados.

Data: ___ / ___ / ___ _____ assinatura

Nome (Pais/Representante legal): _____

BI/CC nº: _____ Grau de parentesco: _____

Data: ___ / ___ / ___ _____ assinatura

△ N.º 4 CES-IM02-0