



CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA
CENTRAL, E.P.S.

PROC. : 18050081 352175700
 DENNYS RAFAEL MARCAL DELGADO
 Data Nasc: 13/12/2018 Masculino
 PCT Sabino Duarte, n. 6, 1. Esq..
 Bobadela Tel. 969483881
 2695-072 BOBADELA LRS
 Fil.: EMANUEL CARLOS SILVA DELGADO * INES RAQUEL DA ROCHA MARCAL
 SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE N. 352175700

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS CLÍNICOS

O Hospital obriga-se a informar o doente sobre a sua doença e os procedimentos propostos, a sua finalidade e as suas implicações, podendo o doente aceitar ou não a sua realização.

Área/Unidade: Infeciologia

Condição clínica: Tuberculose

Procedimento clínico: Publicação de Artigo Científico

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados nesta Unidade de Saúde, mantendo a assistência necessária à situação de saúde que apresenta.

Assinatura: Nomejos Brito
 Nº mec. 54180 Cédula Profissional 32372 Data: 6 / 1 / 2021

- Não foi obtido consentimento para o procedimento proposto.
- Foi dado consentimento esclarecido verbal para o procedimento proposto.
- Não foi possível obter em tempo útil o consentimento escrito para o procedimento.
- Foi entregue o impresso de informação sobre a doença e/ou procedimento.

A preencher pelo doente ou pelo seu representante legal

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Compreendo que serei tratado(a) no seio de uma equipa hospitalar e não por um médico em particular. Autorizo o procedimento indicado, bem como outros procedimentos diretamente relacionados, que sejam necessários e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Identificação*: Ines da Rocha Marcal
 Assinatura*: Ines da Rocha Data: 6 / 1 / 2021
 Qualidade do Representante Legal*: Mãe
 Documento de identificação e número: Cartão Cidadão 13830330

* O representante legal ou o procurador de cuidados de saúde deve fazer prova dos seus poderes para representar o doente. Se o menor tiver discernimento deve também assinar, se consentir.

Este documento é feito em duplicado, para arquivo no processo e para entregar a quem consente.