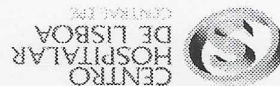


CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS CLÍNICOS

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.

PROC.: 12022564
 EMANUEL CARLOS SILVA DELGADO
 Data Nasc: 23/11/1984
 Masculino
 URB QUINTA DAS MOS LOTE 18, 1 B BAIRRO DAS MOS
 CAMARATE
 Tel. 968927125
 2680-150 CAMARATE
 FIL.: AUGUSTO LIMA DELGADO * MARIA ROSA SILVA DELGADO
 SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE N. 370184674



Area/Unidade: Neurologia

Condição clínica: Tuberculose

Procedimento clínico: Publicação de artigo científico

Confirmando 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: Manoel José Bui

Nº mec. 54180 | Cédula Profissional 32372

Data: 8 / 1 / 2021

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

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*: Manoel Carlos Silva Delgado

Assinatura*: Manoel Carlos Silva Delgado

Data: 8 / 1 / 2021

Qualidade do Representante Legal*:

Documento de identificação e número: 12647038

* 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.