



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: **Infecções**

Condição clínica: **Tuberculose**

Procedimento clínico: **Publicação de Artigo Científico**

Assinatura: **Nauro José Bar**

Nº mec. **54180** | Cédula Profissional **32372**

Data: **8, 4, 2021**

☐ Não foi obtido consentimento verbal 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: **Leila Patrícia Silva Delgado**

Assinatura: **Leila Patrícia Silva Delgado**

Qualidade do Representante Legal: **Mãe**

Documento de identificação e número: **3086 4070**

* 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.

PROC: 12011635
LEITICIA KAFELA SILVA DELGADO
Data Masc: 29/11/2011
URB QUINTA DAS MOS 18 2 B
Lisboa
2680-151 CAMARATE
FIL: AMILTON JORGE DA VEIGA VARELA * LEILA PATRICIA SILVA DELGADO
SERVICO NACIONAL DE SAUDE N. 355850806
Tel. 964772241
Feminino