

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A REALIZAÇÃO DE ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO E/OU ESTRESSE

DECLARANTE

Nome: _____ Idade: _____

Identidade No.: _____ Órgão expedidor: _____ Paciente
 Responsável ou Representante legal

OBS: No caso do declarante não ser o paciente, preencher os dados do paciente no espaço abaixo.

PACIENTE

Nome: _____ Idade: _____

Identidade No.: _____ Órgão expedidor: _____

1. Estou ciente de que vou realizar um ecocardiograma do tipo acima especificado, que meu médico assistente solicitou por considerá-lo necessário para um melhor esclarecimento e acompanhamento de meu estado de saúde.
2. O exame que será realizado, seus benefícios, riscos e complicações potenciais me foram claramente explicadas pela equipe do Dr. _____ CRM No. _____, médico responsável pelo procedimento. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória.
3. Autorizo qualquer outro procedimento, exame ou tratamento, em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
4. Autorizo também a realização de fotos e/ou vídeos para documentação do exame, que poderão ser utilizados com finalidades científicas, obedecendo-se os critérios de confidencialidade e sigilo impostos pela legislação vigente.
5. Assim, declaro agora que estou satisfeito(a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do procedimento, entendendo que o resultado deve ser interpretado junto com os demais dados da história clínica.
6. Por tais razões e, nestas condições, dou o meu consentimento para que o mesmo seja realizado. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____ Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)

Testemunha

Testemunha

MÉDICO RESPONSÁVEL (em situações de Emergência, dois médicos deverão assinar)

- Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.
 Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____ Hora: _____

Médico, CRM

Médico, CRM

Testemunha

Testemunha

REVOGAÇÃO: RJ, ____ / ____ / ____ Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)