

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ESTUDO HEMODINÂMICO E/OU ANGIOPLASTIA

PACIENTE:

Nome: _____ Idade: _____
Identidade Nº.: _____ Órgão expedidor: _____

Obs.: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome: _____ Idade: _____
Identidade Nº.: _____ Órgão expedidor: _____

Estou ciente que estarei realizando um procedimento solicitado por meu Médico Assistente.

Declaro que recebi informações suficientes sobre a doença que possuo, bem como sobre o procedimento ao qual deverei ser submetido, seus riscos, problemas potenciais, chances de sucesso e insucesso.

Recebi informações suficientes sobre as alternativas de tratamento e as conseqüências de abdicar do mesmo.

Entendo, que do meu procedimento, irão participar médicos e outros profissionais da área de saúde.

Autorizo a equipe médica a realizar, em caso de necessidade ou diante de um achado inesperado, qualquer procedimento adicional que vise meu benefício, controle ou cura dessa ou de outra patologia, inclusive transfusão de sangue ou derivados.

Entendo que poderei ser submetido a procedimento anestésico sob a responsabilidade de um médico anestesiológico.

Autorizo a realização de fotos e/ou vídeos para documentação, que poderão ser utilizados com finalidades científicas, obedecendo a confidencialidade e sigilo imposto pela legislação vigente aos comitês de ética em pesquisa.

Tive a oportunidade de fazer todas as indagações sobre meu tratamento e o procedimento que serei submetido, me sendo prontamente respondido e esclarecidas todas as minhas dúvidas com linguagem de fácil compreensão. Compreendo que a natureza da prestação dos serviços médicos é de meio, estou ciente dos riscos e que o resultado pode não ser o esperado.

Entendi que 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 situação 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 Nº.

Médico, CRM Nº.

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

(Paciente) ou (Representante / Responsável Legal)