



Hospital Português

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Eu,, idade....., sexo....., identidade nº, (órgão expedidor) residente na

abaixo assinado (ou sob a responsabilidade de, identidade nº....., órgão expedidor seu pai/mãe/parente/outro abaixo identificado residente na

declaro ter lido ou ouvido o presente termo de consentimento informado que me foi extensamente explicado por meu (minha) médico(a), Dr(a). e estou ciente do seguinte:

- Serei submetido ao procedimento pela técnica de..... para tratamento de com benefícios comprovados pela literatura médica;
- O procedimento acima descrito apresenta, de uma maneira geral, benefícios satisfatórios de até% dos casos, mas não existe garantia total de resultado;
- Poderá ocorrer maior ou menor grau de melhora em problemas que tenho associados à minha doença, como
- A técnica acima descrita que será utilizada me foi explicada com detalhes pelo(a) Dr(a), CREMEB: que também me informou outras alternativas para o tratamento da minha doença acima discriminada;
- É necessária a minha cooperação com o tratamento, fazendo alterações no meu hábito de vida, tais como.....

- O procedimento pode acarretar riscos que me foram explicados e que compreendi, tais como.....
.....
.....
.....e até mesmo o óbito;
- A incidência de complicações na literatura médica varia em torno de% e a mortalidade, entre e%;
- Riscos não esperados podem ocorrer, tais como.....
.....
.....
- Pode ser necessária a modificação da técnica proposta bem como a realização de outros procedimentos por motivo de intercorrências, de complicações ou de achados inesperados e, caso haja tempo hábil, serei consultado para a sua realização.

Compreendo o que foi exposto acima e realmente desejo ser submetido a esse tratamento, e sei que posso retirar esta autorização em tempo hábil (antes do início do procedimento) por escrito. Desejo realizar meu procedimento no Hospital Português.

Data:/...../..... Localidade:

Assinatura do paciente/responsável:

Nome do responsável legal, com indicação do grau de parentesco (quando for o caso):
.....

Identidade nº Órgão Expedidor:

Assinatura do profissional de saúde:

1ª testemunha:

Nome:.....

Identidade nº

Assinatura:.....

2ª testemunha:

Nome:

Identidade nº

Assinatura:.....