

TERMO DE CONSENTIMENTO DE RECUSA E ABANDONO DE TRATAMENTO

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome do Hospital: _____

Nome completo: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: ____ Sexo: ____ Leito: ____

Data de Admissão: ____ / ____ / ____ Hora: ____ Registro: _____

Nome do diretor médico: _____ CRM: _____

Declaro que:

- a) Fui devidamente informado(a) pelo médico Dr.(a) _____
CRM _____, sobre o procedimento/tratamento _____
_____, a que devo ser submetido, seus riscos, benefícios e possibilidades alternativas, bem como as possíveis consequências da sua não realização.
- Recusa Livre** – Optei por não realizar o procedimento/tratamento acima mencionado, podendo a qualquer momento autorizar a realização do procedimento/tratamento que ora recuso, desde que presentes as condições clínicas indicadas;
 - Abandono de Tratamento** - Optei por interromper o tratamento, sendo informado que não estou em boas condições de saúde e que deveria permanecer sob tratamento neste Hospital. Posso a qualquer momento autorizar a realização do procedimento/tratamento que ora interrompo, desde que presentes as condições clínicas indicadas;
- b) Declaro ainda ter sido esclarecido e alertado sobre os riscos de morte e eventuais seqüelas irreversíveis a que estarei sujeito pela interrupção do tratamento/não realização do procedimento, assumindo pessoal e individualmente todas as consequências de minha conduta.

PACIENTE/RESPONSÁVEL

Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____

Residente e domiciliado à _____ n° _____

complemento: _____ bairro: _____ Cidade: _____ UF _____

Telefones para contato: () _____ - () _____ - _____

_____, _____ de _____ de 20_____. Hora: _____ :

Nome legível: _____ Assinatura: _____

Grau de parentesco do responsável: _____ CPF: _____

TESTEMUNHA

Nome legível: _____ Assinatura: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiar, o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas referente à recusa e abandono de tratamento. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Nome legível, CRM e visto ou carimbo com CRM e visto