

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

TRATAMENTO DERMATOLÓGICO

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: _____ / _____ / _____

Idade: _____

Gênero: _____

Procedimento médico: _____

Data do procedimento: _____ / _____ / _____

DECLARO, para os devidos fins, estar recebendo, neste momento, as informações necessárias a respeito do procedimento médico acima indicado. Serve o presente como comprovação de que me foram esclarecidos os riscos inerentes à atividade médica ora praticada, em especial quanto aos seguintes pontos específicos:

1. O tratamento _____ é um procedimento médico, utilizado para _____

2. Como todo procedimento médico dermatológico, esse tratamento possui riscos à saúde do paciente, sendo que há alguns efeitos colaterais mais comuns, como:

a: _____;

b: _____;

c: _____; e

d: _____.

3. Caso haja qualquer efeito colatetal que persista por mais de 48 (quarenta e oito) horas após o tratamento, o paciente deve procurar o profissional que realizou o procedimento e, na impossibilidade de localizá-lo, recorrer a um sistema de saúde emergencial, levando consigo toda a documentação envolvendo o procedimento médico realizado.

4. O paciente veio encaminhado em razão de atendimento anterior por outro profissional?

SIM

NÃO

Em caso positivo: (nome do profissional) / (profissão)

Há alguma complicação detectada em razão do atendimento anterior?

SIM

NÃO

Em caso positivo, descrever a(s) complicação(ões): _____

(fotos comprobatórias em anexo).

Caso tenha sido atendido por profissional não médico, o paciente foi orientado a comunicar o ocorrido à autoridade policial local, de forma a realizar o exame de corpo de delito necessário para averiguação quanto à possível lesão corporal ou dano à sua saúde ?

SIM

NÃO

Em caso positivo, o paciente autoriza o envio das informações ao Conselho Regional de Medicina, na forma da Resolução CFM n. 1.641/2002?

SIM

NÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

TRATAMENTO DERMATOLÓGICO

5. Este formulário, apesar de informativo, não contempla eventuais complicações e riscos possíveis oriundos de efeitos colaterais, que deverão ser levados ao conhecimento do médico imediatamente.
6. O procedimento médico ora realizado não é de resultados, não havendo garantia ABSOLUTA de que o efeito desejado será plenamente atingido, considerando que cada organismo reage de maneira diversa quando se trata de procedimento médico.
7. Antes da realização do procedimento, o paciente deve [.....indicar os eventuais procedimentos preparatórios.....], sendo prática essencial ao bom resultado.
8. Após a realização do procedimento, o paciente deve [.....indicar os eventuais procedimentos posteriores ao tratamento.....].
9. O procedimento poderá não ser realizado, caso seja detectada alguma patologia ou circunstância que coloque em risco a saúde do paciente, cabendo ao paciente informar essa condição no momento da assinatura do presente termo.
10. Pacientes gestantes ou em período de amamentação devem informar essa condição quando da assinatura do presente termo, para que o médico responsável possa avaliar a possibilidade de realização do procedimento em quais circunstâncias.

A SER PREENCHIDO EXCLUSIVAMENTE PELO PRÓPRIO PACIENTE OU PELO(OS) RESPONSÁVEL(EIS) LEGAL(AIS)

Relatar com suas palavras os fatos relacionados ao(aos) procedimento(s) realizado(s) que apresentou(aram) complicação(ões) e as suas dúvidas. (Data do procedimento, nome completo do profissional que realizou o procedimento, formação do profissional que realizou o procedimento, nome e endereço do local em que foi realizado o procedimento, se foi realizado algum tratamento com a finalidade de corrigir o problema, e, caso positivo, data e o que foi feito).

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO:

Declaro, para os devidos fins legais, que expliquei detalhadamente para o paciente ou seu(s) responsável(eis) legal(ais) o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o(s) tratamento(s)/procedimento(s) acima descrito(s).

_____, _____ de _____ de _____

Médico: CRM nº RQE nº _____

Assinatura: _____

Local e data: _____, _____ de _____ de _____

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO PACIENTE/RESPONSÁVEL LEGAL:

Declaro, portanto, que fui devidamente informado quanto ao procedimento que será realizado, sendo concedida a oportunidade de esclarecer todas as dúvidas antes da assinatura deste documento, consentindo expressamente com os procedimentos descritos e necessários, e autorizando aos médicos da equipe a utilizar seu julgamento técnico em prol da minha saúde.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura: _____

RG: _____

Local e data: _____, _____ de _____ de _____