



TERMO DE ESCLARECIMENTOS, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO CLÍNICA

Nome do Paciente:

Leito:

Atendimento:

Sexo:

D. Nascimento:

Nome da Mãe:

Eu _____,
Nº de identidade _____, Paciente Responsável
(Parentesco: _____), declaro que:

1º) Fui informado (a) pelo médico (a) ou odontólogo (a) que necessito de internação devido ao quadro clínico de: _____

2º) Recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, alternativas de tratamento e dos benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s).

3º) Estou ciente de que, durante a internação efetuarei o(s) exame(s) e/ou qualquer outro procedimento que o médico(a) achar necessário(s) e que o tempo de internação será de acordo com a evolução clínica.

4º) Para tentar curar, ou melhorar as supracitadas condições, poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas pelos exames acima referidos, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis ou fortuitas e o tratamento/procedimento médico pode necessitar de cuidados diferentes daqueles inicialmente previstos.

5º) Esta autorização é dada ao(a) médico(a)/odontólogo(a) _____ bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outros(s) profissional (is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de coparticipação.

6º) Consinto, portanto, ao(a) médico(a) ou odontólogo(a) supra identificado a realizar o(s) tratamento(s) / procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

7º) Fui informado(a) que cabe ao médico junto com o paciente decidir sobre a realização de transfusões sanguíneas ou hemoderivados.

8º) O exame de Rx utiliza radiação ionizante que é um tipo de energia capaz de alterar as células e causar doenças, por isso, estes exames devem ser prescritos somente quando necessário, se você estiver grávida, comunique a equipe de saúde, pois a radiação pode causar danos ao bebê.



TERMO DE ESCLARECIMENTOS, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO CLÍNICA

9º) Fui informado e estou ciente de que a documentação produzida durante minha internação, por profissional designado pelo meu médico, sejam fotos, bem como dados do meu prontuário hospitalar, podem servir como fonte de consultas para atividades administrativas e científicas.

10º) Informo que concordo, expressamente, com a execução de fotografias, filmagens, gravações, e outros serviços afins do tratamento e autorizo desde já a exibição desse material contanto que seja preservada minha identidade.

Araçatuba, _____ de _____ de _____.

Assinatura

Testemunhas:

1) Nome completo: _____

Nº de identidade: _____

Assinatura: _____

2) Nome completo: _____

Nº de identidade: _____

Assinatura: _____

As informações acima devem ser preenchidas em conjunto com médico assistente:

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o tratamento(s)/procedimento(s) acima descritos.

Araçatuba, _____ de _____ de _____.

Assinatura e Carimbo do Médico