

患者氏名 :  
患者 ID :

## Formulário de consentimento para cirurgia

1. Nome de sua doença e da cirurgia:
2. Sintomas atuais:
3. Necessidade e objetivo da cirurgia:
4. Método de operação e método de anestesia:
5. Data programada da cirurgia (dia da semana, Ano/Mês/Dia):
6. Outros:

### Se você concordar em fazer a cirurgia acima, assine abaixo.

Recebi uma explicação completa sobre a cirurgia acima. Portanto, concordo em fazer a cirurgia. (Mesmo depois de assinar o consentimento, você poderá revogá-lo a qualquer momento.)  
Concordo também que possam ser adotados procedimentos apropriados com base no parecer do meu médico.

**Data do acordo:** \_\_\_\_\_ **ano** \_\_\_\_\_ **mês** \_\_\_\_\_ **dia** \_\_\_\_\_  
**Nome do paciente:** \_\_\_\_\_ (em letra de forma)  
**Assinatura do paciente:** \_\_\_\_\_  
**Endereço do paciente:** \_\_\_\_\_  
**Nome do representante:** \_\_\_\_\_ (em letra de forma)  
**Assinatura do representante:** \_\_\_\_\_ (relação com o paciente: \_\_\_\_\_ )  
**Endereço do representante:** \_\_\_\_\_

### Se você se recusar a fazer a cirurgia acima, leia a seguinte declaração. Se você a entendeu, assine abaixo.

Recebi uma explicação sobre a necessidade da cirurgia; contudo, recuso-me a fazer a cirurgia. Não responsabilizarei o meu médico, o médico responsável pelo exame nem o hospital quanto às consequências da minha decisão.

**Data da assinatura:** \_\_\_\_\_ **ano** \_\_\_\_\_ **mês** \_\_\_\_\_ **dia** \_\_\_\_\_  
**Nome do paciente:** \_\_\_\_\_ (em letra de forma)  
**Assinatura do paciente:** \_\_\_\_\_  
**Endereço do paciente:** \_\_\_\_\_  
**Nome do representante:** \_\_\_\_\_ (em letra de forma)  
**Assinatura do representante:** \_\_\_\_\_ (relação com o paciente: \_\_\_\_\_ )  
**Endereço do representante:** \_\_\_\_\_

Fornei a explicação sobre a cirurgia à pessoa que assinou acima.

**Data da explicação:** \_\_\_\_\_ **ano** \_\_\_\_\_ **mês** \_\_\_\_\_ **dia** \_\_\_\_\_  
**Departamento:** \_\_\_\_\_ **Médico responsável:** \_\_\_\_\_ **Carimbo** \_\_\_\_\_

Confirmo que o paciente (ou o seu representante) acima concordou ou recusou-se a fazer a cirurgia assinando este documento.

**Data da confirmação:** \_\_\_\_\_ **ano** \_\_\_\_\_ **mês** \_\_\_\_\_ **dia** \_\_\_\_\_  
**Departamento:** \_\_\_\_\_ **Médico responsável:** \_\_\_\_\_ **Carimbo** \_\_\_\_\_

\*Se o paciente for um menor de idade que não tenha capacidade para concordar, ou não puder concordar e assinar por estar inconsciente ou apresentar outra condição médica, a assinatura na seção “Representante”, acima, deverá ser fornecida por um dos pais, tutor, adulto responsável ou parente.