

患者氏名 :

患者 ID :

Formulário de consentimento para exame de imagens por ressonância magnética (IRM)

Se você concordar em fazer um exame de IRM, assine abaixo.

Recebi uma explicação completa sobre a finalidade e os riscos de exames de IRM, lendo as “Informações sobre exame de imagens por ressonância magnética (IRM)”, e entendi o conteúdo. Portanto, concordo em fazer um exame de IRM.

(Mesmo depois de assinar o consentimento, você poderá revogá-lo a qualquer momento.)

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 um exame de IRM, leia a seguinte declaração. Se você a entendeu, assine abaixo.

Recebi uma explicação sobre a necessidade de um exame de IRM; contudo, recuso-me a fazer um exame de IRM. 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 exames de IRM 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 um exame de IRM 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.