

**Consentimento Informado para Tratamento de
Neurologia /Neurocirurgia**

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO DO PACIENTE

Considerando o artigo 59 do Código de Ética Médica e os artigos 6º III e 39 VI da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), que garantem ao paciente informações sobre seu estado de saúde, eu, _____

residente à _____

_____ documento de identidade nº _____

profissão _____, estado civil _____, com _____ anos de idade na presente data, estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para os devidos fins que fui previamente informado pelo(a) médico(a), Dr. (a) _____

_____, CRM _____, do meu estado de saúde, diagnóstico e evolução provável de minha doença.

Declaro, igualmente, ter sido informado de forma clara sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento a que vou me submeter, _____, bem como os efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo.

Declaro, ainda, estar ciente de que o tratamento a ser adotado não implica necessariamente na cura e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a) desde já a tomar providências necessárias para tentar solucionar os problemas surgidos, seguindo seu julgamento, bem como uso de hemoderivados e transporte inter hospitalar se houver necessidade. Assim sendo, concordo em me submeter ao referido tratamento e, para tanto, assino o presente documento na presença de testemunhas. No caso de no futuro tornar-me incapaz de tomar decisões sobre minha saúde, indico como meu representante _____, grau de parentesco _____.

Araraquara, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do paciente / responsável

Assinatura da testemunha

Nome: _____

Nome: _____

Documento de identidade: _____

Documento de identidade: _____

Assinatura do médico responsável
CRM