

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Saul Gun*

Sugiro que todos os médicos, clínicos ou cirurgiões, obtenham de seus pacientes o seguinte termo abaixo descrito, antes do início de tratamento, seja ele clínico ou cirúrgico.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu, (ou o responsável legal pelo paciente), declaro para os devidos fins que autorizo o (nome do médico) a realizar o procedimento denominado

O mesmo procedimento foi exaustivamente explicado pelo médico que se utilizou de linguagem de fácil compreensão, permitindo o seu perfeito entendimento. Até o presente momento, não existe nenhuma dúvida pendente.

O dr. (nome do médico) e sua equipe colocam-se à disposição para eventuais outras explicações que possam vir a ser solicitadas a qualquer momento.

Declaro estar ciente que os riscos mais comuns nesse procedimento podem ser (citar alguns), além de outros extremamente raros. A sua não realização pode acarretar (citar) entre outras complicações incomuns.

Estou ciente que o dr. (nome do médico) se compromete a usar todos os meios possíveis e necessários para sua realização, dentro da atuação médica ética e profissional e, em nenhum momento, se compromete com resultados, somente com os meios adequados para desenvolver o referido procedimento.

Declaro ainda, estar ciente que o tratamento adotado não assegura a cura, sendo que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o médico a modificar as condutas inicialmente propostas. Excetuando-se os casos de urgência e emergência, o dr. (nome do médico) prestará todas as informações necessárias quando solicitadas.

Sorocaba, de de

.....
Assinatura do paciente
ou do responsável legal

.....
Assinatura do médico

Testemunhas:

1ª - Nome:
RG.:
Assinatura:

2ª - Nome:
RG.:
Assinatura:

As opiniões expressas nesta sessão representam o ponto de vista de seu Autor e não, necessariamente, o da Revista.