

Diagnóstico e/ou descrição da situação clínica

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo

Benefícios

Riscos graves e riscos frequentes

Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas

Riscos de não tratamento

(Parte declarativa do profissional)

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada de decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do profissional de saúde**Data** **Assinatura:** _____**Número de Cédula Profissional ou número mecanográfico (se não aplicável a primeira disposição)****Contato institucional do profissional de saúde****Nota:** Este documento é feito em duas vias - uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente. IM

À Pessoa/representante

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

☐ Autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

☐ Não autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Data _____

Nome _____

Assinatura _____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE - (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima)

Nome _____

Doc. Identificação N.º: _____ Data ou validade _____

Grau de parentesco ou tipo de representação _____

Assinatura _____