

HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

TERMO DE EVASÃO HOSPITALAR A PEDIDO, CONTRA RECOMENDAÇÃO MÉDICA

GAMA – DF, ____ de _____ de 20 ____ às ____: ____ (hh:min)

Por este instrumento, EU, _____, declaro que:
Fui devidamente informado (a), em linguagem clara e objetiva pelo (a) médico(a), que com base no diagnóstico/ hipótese diagnóstica, me foi recomendado a permanência no hospital para continuidade da investigação e tratamento. Recebi todas as informações relativas à necessidade de hospitalização, sua indicação, seus benefícios, e riscos associados; Apesar de ter sido esclarecido e alertado sobre os riscos de morte e eventuais sequelas irreversíveis a que estarei sujeito pela não permanência na instituição para continuidade do tratamento, e usando dos direitos a que a lei me garante, **declaro a minha intenção de não permanecer neste hospital mesmo contra a recomendação médica, assumindo pessoal e individualmente todas as consequências e responsabilidades.**

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO DE EVASÃO HOSPITALAR A PEDIDO

☐. Paciente

Paciente: _____ CPF: _____

Data de nasc.: ____/____/____ RG _____

Telefone: () _____

Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____

☐. Responsável

Nome: _____ CPF: _____

RG: _____ Telefone: () _____

Assinatura: _____ Parentesco _____

Motivo da Evasão:

- a) FAMILIAR ()
- b) ESTRUTURAL ()
- c) MÉDICO ()
- d) OUTROS _____

Responsável pelo recebimento do formulário