

TERMO DE RESPONSABILIDADE
RECUSA DE TRATAMENTO PELO PACIENTE INTERNADO

PAG. 1 de 1

Eu, _____, portador do RG nº _____, e do CPF nº _____, declaro, para todos os fins, que estou ciente da indicação médica para realização do tratamento e manifesto minha livre e espontânea vontade de **recusar o tratamento ofertado**, assumindo todas as responsabilidades pelo meu ato. Declaro ainda, ter sido informado(a) pelo Dr.(a) _____ e toda equipe deste Hospital sobre meu quadro clínico e esclarecido acerca dos exames, medicamentos e procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos indicados para o tratamento e investigação, da condição de minha saúde, além dos riscos que poderão ser causados pela não realização dos procedimentos prescritos, conforme indicado abaixo.

Através deste termo, isento o Hospital e todos os profissionais de saúde envolvidos, direta ou indiretamente no meu tratamento, de qualquer responsabilidade sobre os efeitos e causas danosas referentes à minha condição clínica médica e de saúde, bem como **assumo toda a responsabilidade pela recusa ao tratamento indicado**, mesmo ciente de que há indicação do médico assistente para a realização do tratamento pelo qual me recuso a fazer.

1. DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

_____.

2. DIAGNÓSTICO:

_____.

3. DESCRIÇÃO DOS RISCOS:

_____.

Lençóis Paulista, ____ de _____ de _____.



Assinatura do(a) paciente

Testemunhas que presenciaram a solicitação de alta e orientações médicas sobre os riscos.

Assinatura e carimbo da testemunha 1

Assinatura e carimbo da testemunha 2

Este termo deverá ser preenchido, impresso em duas vias e anexado ao prontuário do paciente na data da internação, deverá ser checado pelo funcionário do centro cirúrgico ou local agendado e uma das vias entregue ao médico assistente.

