

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que:

1º) recebi do(s) médico(s) assistente(s) todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento(s), bem como fui informado(a) sobre os riscos e os benefícios do(s) tratamento(s) proposto(s), bem como dos riscos de não ser tomada nenhuma da(s) atitude(s) terapêutica(s) proposta(s);

2º) estou ciente de que, durante o(s) exame(s) e procedimento(s) de investigação diagnóstica

PUNÇÃO GUIADA POR US poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não registradas pelo(s) exame(s), assim como também poderá(ão) ocorrer situação(ões) imprevisível(eis) ou fortuitas decorrentes do procedimento diagnóstico ora proposto;

3º) estou ciente que, em procedimentos médicos invasivos, como o citado, podem ocorrer complicações gerais, como problemas cardíco-vasculares e respiratórios. Além disso, as principais complicações associadas, especificamente, a este procedimento são as seguintes:

4º) por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no termo de esclarecimentos em anexo, excetuando-se os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergências, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com cada situação;

5º) declaro também que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações que me foram fornecidas, antes da assinatura deste documento;

6º) consinto, portanto, ao(a) médico(a) radiologista a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realizam o(s) presente(s) exame(s).

Barretos, ____ de _____ de 20__.

assinatura do paciente

Nome e assinatura do(a) responsável pelo(a) paciente,
no caso de pacientes menores (18 anos), ou que tenham responsáveis legais, ou que,
circunstancialmente,
não possam assinar este documento

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou seu(s) familiar(es),
ou responsável(eis), o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o exame e o (s)
procedimento(s) acima referidos.

Data: ____/____/____

Assinatura do (a) médico(a)
CRM