FORMULÁRIO PARA O CONSENTIMENTO DE INTERVENÇÃO DA LAQUEADURA TUBÁRIA OU VASECTOMIA

PACIENTE
Nome: .....
..... Idade: .....
Endereço: .....
Telefone: ( ) .....
RG nº: ..... Órgão Expedidor: ..... Data de Emissão: __/___/_____

DECLARO
Que o(a) doutor(a): ..... CRM: .....
Local de realização: .....
Esclareceu-me sobre as indicações , riscos e complicações da Esterilização.

Fica sob responsabilidade do médico executante da Laqueadura ou Vasectomia encaminhar esclarecimento sobre o procedimento consentido pelo paciente conforme normativa para atos cirúrgicos e procedimentos invasivos. O mesmo deverá prestar todas as informações necessárias e aconselhá-lo, para que o paciente participe do processo de decisão sobre o tratamento e ter a parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Esse formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

Maringá, _____ de _____ de _____. Hora: _____: _____

_____

Assinatura do paciente

CONSINTO

Que se realize a INTERVENÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA OU VASECTOMIA proposta. Reservo-me expressamente o direito de revogar a qualquer momento meu consentimento antes que o procedimento objeto deste documento se realize.

Local e data: .....

_____ _____

Médico Paciente

REVOGAÇÃO
Revogo o consentimento prestado na data de: ...../...../..... e não desejo propsseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado. Local e data: ..... _____ _____ Médico Paciente