

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

Prontuário: _____ Atendimento: _____ Data: ____/____/____

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) tratamento(s), assistência médica, medicamento(s) ou procedimento(s) aos quais será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital de Clínicas de Itajubá. Autorizo o Dr.(a) _____, pertencente ao corpo clínico do Hospital de Clínicas de Itajubá, a realização do(s) seguinte(s) procedimentos, tratamento(s) ou assistência médica: _____ . Os riscos e benefícios, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente pelo médico. Também estou ciente que podem ocorrer complicações durante o tratamento/procedimento, assim como podem ser necessárias a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas.

Paciente Assinatura: _____

Responsável:

Nome: _____ Assinatura: _____

Grau de parentesco: _____ Documento de identidade: _____

Itajubá, _____ de _____ de _____. Hora: _____

Médico Assinatura: _____ CRM: _____

CHECAR NO MOMENTO DA ADMISSÃO (CONFIRMAÇÃO DO PACIENTE)

- Pulseira Retirar adornos
- Jejum Exames
- Consentimento informado Encaminhamento para procedimento
- Bexiga cheia Alergias
- Tricotomia DM
- HAS Antissepsia

Procedimento cirúrgico: _____

Cirurgião: _____

HORA	PA	SPO2	FR	FC	T	DESTRO

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
