

Nome: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

» CONSENTIMENTO PARA MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

A PREENCHER PELO MÉDICO

Informação (oral/escrita) _____. Se escrita, contida nos documentos com os códigos nº _____ e nº _____. Confirmando que expliquei ao (doente, pais ou representante legal) _____ o estado clínico e a necessidade de realização de colonoscopia, reforçando os riscos e complicações inerentes a esse(s) procedimento(s), bem como as alternativas terapêuticas existentes.

Médico Proponente _____ Nº Ordem: Data: ____ / ____ / ____

A PREENCHER PELO DOENTE, PAIS OU REPRESENTANTE LEGAL

Declaro que compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do meio de diagnóstico e/ou tratamento que se tenciona instituir, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias. Assim, declaro que **autorizo a realização do(s) procedimento(s) proposto(s)**, estando perfeitamente informado(a) e consciente dos riscos, complicações ou sequelas que possam surgir, autorizando submeter-me a intervenções médico-cirúrgicas imprevistas e indispensáveis, incluindo a recepção de produtos derivados de sangue.

Assinatura _____ Data: ____ / ____ / ____

Se não for o doente: Nome: _____

B.I. / C.C. Parentesco: _____

Assinatura _____ Data: ____ / ____ / ____

» CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

A PREENCHER PELO DOENTE, PAIS OU REPRESENTANTE LEGAL

Declaro que autorizo a realização do ato anestésico, sedação ou analgesia, de forma a que o procedimento que me foi proposto possa ser realizado. Dependendo da sua localização e/ou extensão, o anestesiolologista explicou-me a técnica anestésica proposta, a possibilidade de ter que mudar ou complementar a anestesia/analgesia, assim como os benefícios, complicações e/ou riscos da administração da mesma. Compreendo que os riscos podem ocorrer independentemente da presença ou ausência de doenças associadas, embora esteja consciente de que a sua presença pode aumentar o aparecimento e a gravidade das possíveis complicações.

Declaro que me foi devidamente explicado o alcance e limitações do consentimento que subscrevo.

Assinatura _____ Data: ____ / ____ / ____

Se não for o doente: Nome: _____

B.I. / C.C. Parentesco: _____

Assinatura _____ Data: ____ / ____ / ____

Médico Anestesiolologista _____ Nº Ordem: Data: ____ / ____ / ____