



Hospital
da Bahia

**Termo de Consentimento
para Internamento, Procedimentos
Invasivos e Cirurgias**

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: _____

Data de Nascimento: _____

Registro: _____ Leito: _____

Prontuário: _____

Autorizo a realização do internamento, ou do (s) seguinte (s) procedimento (s) invasivo (s) e/ou cirurgia (s):

Indicado pelo Dr. (a) abaixo mencionado (a) e sua equipe, médicos (a) credenciados (a) no HBA.

1. A proposta do internamento, procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido (a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
2. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, coletas especiais, uso de contrastes, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
3. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.
4. Outros termos de consentimento? Não Sim Qual: _____

5. Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dado a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

Paciente Responsável

Nome legível: _____ Assinatura: _____

Grau de Parentesco: _____ Identidade Nº: _____

Salvador: ____/____/____ Hora: ____: ____

Deve ser preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico: _____ Assinatura _____ CRM _____

Termo de acompanhante do paciente submetido a procedimentos ambulatoriais

Eu, _____ Identidade Nº _____

responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento cirúrgico ambulatorial realizado no Hospital da Bahia, até sua residência.

Salvador ____/____/____ Hora: ____: ____ Assinatura _____