



Hospital  
da Bahia

***Termo de Recusa de Tratamento  
Medicamentoso***

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Registro: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_

Fui devidamente informado (a), em linguagem clara e objetiva pelo (a) profissional de saúde (a), de que com base no meu diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento:

Recebi todas as informações relativas à indicação, aos benefícios, aos riscos e as probabilidades de êxito do tratamento acima mencionado;

Também fui informado (a) sobre as alternativas possíveis e as consequências de **não** realizar o tratamento;

Tive oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao tratamento antes da assinatura deste documento;

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as minhas dúvidas e estando plenamente satisfeito com as informações recebidas, opto por **não** realizar o tratamento acima mencionado, podendo, no entanto, a qualquer momento autorizar sua realização, desde que presentes as condições clínicas indicadas.

Dessa forma, apesar de ter sido esclarecido e alertado sobre os riscos de morte e eventuais sequelas irreversíveis que estarei sujeito, ao optar pela **não** realização do tratamento, faço uso de um direito garantido por lei. **Com efeito, não autorizo o tratamento indicado, assumindo pessoal e individualmente todas as consequências e responsabilidades pertinentes a minha recusa.**

Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Paciente

Responsável

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nome do Profissional de saúde: \_\_\_\_\_

Conselho: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_