

# *Termo de esclarecimentos, ciência e consentimento amputação de membro ("consentimento informado")*



Por este instrumento, eu \_\_\_\_\_,  
(nome legível, completo e por extenso do paciente) (identidade nº)

ou meu responsável, \_\_\_\_\_,  
(nome legível, completo e por extenso do responsável) (identidade nº)

Declaro que:

1º) Fui informado (a) pelo médico (a) de que as avaliações e os exames realizados revelaram a (s) seguinte (s) alteração (ões) e diagnóstico (s) de meu estado de saúde:

---

---

---

2º) Recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre os riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s):

---

---

---

3º) esta autorização é dada ao(a) médico(a) \_\_\_\_\_ bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação, para a amputação do membro:

---

---

4º) Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura.

5º) Consinto, portanto, ao(a) médico(a) supra identificado a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

Colatina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_. \_\_\_\_\_  
(assinatura do paciente/ responsável legal)

\_\_\_\_\_  
(Nome e assinatura do(a) responsável) pelo(a) paciente  
No caso de pacientes menores, ou que tenham responsáveis legais, ou  
não possam assinar este documento

Testemunho que este documento foi assinado pela pessoa acima identificada:

1) \_\_\_\_\_  
(assinatura) \_\_\_\_\_  
(nº do documento de identidade)

\_\_\_\_\_  
(nome completo e legível) \_\_\_\_\_  
(endereço)

2) \_\_\_\_\_  
(assinatura) \_\_\_\_\_  
(nº do documento de identidade)

\_\_\_\_\_  
(nome completo e legível) \_\_\_\_\_  
(endereço)

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou seu (seus) responsável(eis), o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o tratamento (s)/procedimento(s) acima descritos.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico – CRM ES