

Termo de Consentimento para Exames de Imagem



Por este instrumento, eu _____
(nome legível, completo e por extenso do paciente ou responsável)

_____/_____, _____/_____, declaro que:
(identidade nº / órgão) (matrícula/ Plano de saúde)

1º) Ter sido devidamente informado(a) e orientado(a) sobre todas as indicações, contra-indicações, necessidades das condutas e procedimentos/ assistência a serem adotados pela equipe de enfermagem/ médico;

2º) Permito a fixação do adesivo _____, medicação que auxilia no tratamento antitabagismo.

Colatina, ____ de _____ de 20____. _____
(Assinatura do paciente/ ou familiar)

Testemunho que este documento foi assinado pela pessoa acima identificada:

1) _____ (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)/ assistência (s) acima descritos.

Data: ____/____/____

Assinatura do médico