

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PEDIATRIA

Este documento tem por finalidade esclarecer e ajudar os responsáveis legais pelo paciente (menor), na decisão de submeter-se ou não, ao tratamento/procedimento ora referenciado, bem como cumprir o disposto no artigo 22 e 34 do Código de Ética Médica e artigos 6º, inciso III, 9º e 39 da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor) e Lei 8.069 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Portanto, leia com atenção e somente assine o presente termo de consentimento e autorização se estiver seguro que compreendeu e esclareceu todas as suas dúvidas relativas ao mesmo.

Nós(Responsáveis legais) e residentes à respectivamente com o documento de identidade nº _____ e/ou CPF: _____ responsáveis legais pelo menor(paciente), documento de identidade nº _____ e ou/CPF: _____, nascido em ____/____/____ com _____ anos de idade na presente data. Estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaramos para os devidos fins que fomos previamente informados pelo (a) Médico(a),Dr(a) _____ CRM _____, do estado de saúde, diagnóstico e evolução provável da doença.

Declaramos, igualmente, ter sido informados das opções de tratamento (s)/procedimento(s) o(s) qual(is), a qualquer tempo o menor (paciente) poderá, mediante autorização dos responsáveis legais, se submeter, sendo que neste momento optamos pelo(a) _____, após ter sido informados de forma clara sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do referido tratamento/procedimento, bem como os efeitos colaterais, as intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo.

Declaramos, ainda, estarmos cientes de que o tratamento/procedimento a ser adotado não implica necessariamente na cura ou resultado de recuperação total ou parcial, e que a evolução da doença e do tratamento/procedimento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a) desde já a tomar providências necessárias para tentar solucionar os problemas surgidos, seguindo seu julgamento, bem como uso de hemocomponentes e/ou hemoderivados e transporte inter-hospitalar se houver necessidade.

Assim sendo, concordamos em autorizar que o menor (paciente) se submeta ao referido tratamento/procedimento e, para tanto, assinamos o presente documento em 02 (duas) vias na presença de testemunhas.

Cuiabá, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Representante Legal

Nome Legível: _____

Documento de Identidade: _____

Assinatura testemunha

Nome Legível: _____

Documento de Identidade: _____