

# Termo de Consentimento Informado para Estudo Hemodinâmico e/ou Angioplastia.

## PACIENTE

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

Mat./Reg.: \_\_\_\_\_

Tenho ciência, como paciente ou representante/responsável legal, que serei submetido a um procedimento médico, solicitado por meu médico-assistente, Dr. \_\_\_\_\_, e que será realizado pela equipe do Dr. \_\_\_\_\_.

Fui devidamente informado, em linguagem de fácil compreensão, sobre a doença existente ou suspeitada, a natureza e a indicação do referido procedimento, a equipe que o realizará, bem como sobre as alternativas de tratamento no caso da não realização do mesmo. Tive a oportunidade de indagar e esclarecer quaisquer dúvidas quanto ao referido procedimento.

Estou ciente também de que o compromisso da prestação de serviços médicos é de meio, e que há riscos de complicações que podem comprometer o sucesso do procedimento.

Autorizo a equipe médica a realizar o procedimento proposto, da mesma forma que, no caso de complicações, a intervir com qualquer procedimento adicional, tecnicamente necessário.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente ou Responsável/Representante Legal

MÉDICO RESPONSÁVEL (em situações de Emergência, dois médicos deverão assinar).

Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o texto acima.

Não foi possível a coleta desse Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico, CRM

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico, CRM

\_\_\_\_\_  
Testemunha