

# **DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO.**

*- Este termo é recomendado pelo Conselho Federal de Medicina – CFM -*

1. Declaro para todos os fins que, fui informado(a) e compreendi o propósito e a natureza dos procedimentos cirúrgicos e/ou mesoterápicos e/ou terapêuticos que serei submetido(a). Entendi o que é necessário fazer para que o resultado da cirurgia tenha o resultado pretendido e autorizo meu médico, abaixo identificado, decidir e fazer as investigações necessárias ao diagnóstico e executar todos tratamentos, inclusive operações, anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das minhas necessidades clínico-cirúrgicas.

2. Apesar do referido tratamento ou cirurgia ser bastante seguro, fui devidamente informado(a) dos possíveis riscos e complicações que envolvem o necessário uso de drogas, anestesia ou do próprio tratamento em si. Compreendi os riscos naturais das complicações, independentemente dos meios médicos aplicados, como inflamações, infecções, sensibilidades cutâneas alteradas, reações cicatriciais atípicas etc, sendo às vezes necessários outros e novos procedimentos médicos para sanar estas consequências.

3. Foi explicado que não existe um método de certeza de prever o tempo e a capacidade de cicatrização após a cirurgia devido à individualidade de cada pessoa. Compreendi que a prática médica não é uma ciência exata e que não podem ser dadas garantias quanto ao sucesso absoluto de qualquer tratamento clínico ou cirúrgico.

4. Entendi que o fumo em excesso, álcool, alimentos inapropriados e meu comportamento emocional e social podem afetar a recuperação do organismo, limitando o sucesso do tratamento médico. Concordei em seguir as instruções e cuidados propostos pelo médico e retornar periodicamente ao seu consultório para controle evolutivo e novas instruções, e também informar de imediato qualquer circunstância nova que ocorra.

5. Concordo com o tipo de anestesia, cuja escolha depende exclusivamente do médico anesthesiologista. Tenho conhecimento em não dirigir veículos motorizados ou operar máquinas perigosas até a completa recuperação dos efeitos das drogas usadas, no período indicado pelo médico.

6. Permito a execução de fotografias, filmagens, gravações e outros procedimentos informativos para serem utilizados no avanço da medicina e para minha proteção. Autorizo desde já que sejam exibidas minhas fotos em palestras, congressos, jornadas e eventos médicos científicos, desde que seja preservada minha total identidade, salvo declaração à parte.

7. Entendo perfeitamente que, durante e após os procedimentos propostos, cirúrgicos ou clínicos, podem ser necessários procedimentos adicionais, a critério do meu médico, visando o sucesso do tratamento em questão. Também aprovo qualquer modificação no plano do tratamento, material, cirúrgico ou terapêutico se isto for para meu benefício, contanto que seja informado dessa modificação antes que a mesma seja efetuada, salvo necessidade técnica imperiosa.

**CIRURGIA(S) PROPOSTA(S) , indicações e objetivos :**

Declaro que nada omiti em relação à minha saúde e estou ciente que esta declaração faz parte da minha ficha clínica, ficando o médico autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de meus e seus direitos. Autorizo o acesso à minha ficha clínica, que por ventura exista em outros estabelecimentos hospitalares, clínicas, ou consultórios e inclusive solicitar, segundas vias de exames complementares existentes. Declaro ainda que todas as informações aqui prestadas e recebidas, neste momento e no período de consultas, foram diretamente a mim passadas, verbalmente pelo médico. Portanto, declaro-me ciente dos riscos dos procedimentos médicos aos quais irei me submeter e que os resultados propostos podem ser apenas relativos, já que determinantes individuais podem limitar as respostas terapêuticas.

Por ser a expressão da verdade, assino o presente termo, com testemunhas.

Rio de Janeiro, de 20\_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)  
CRM:

\_\_\_\_\_  
Nome do(a) paciente  
RG: CPF:  
End.:  
Cidade: Estado:

\_\_\_\_\_  
Testemunha  
Nome:  
RG: CPF:

\_\_\_\_\_  
Testemunha  
Nome:  
RG: CPF: