

Formulário de consentimento

Nome do exame ou tratamento:

No seguimento do contacto informativo que tive e das respostas que me foram fornecidas, aceito, após reflexão, o exame ou tratamento acima indicado.

Fui informado(a) quanto à sua natureza e ao seu objetivo. O(a) médico(a) informou-me igualmente quanto aos benefícios, riscos e possíveis complicações, bem como quanto às possíveis alternativas à intervenção.

Assinatura do/a doente:

ou do/a seu/sua representante legal ou terapêutico*:

Apelido, nome próprio (em maiúsculas):

Data:

* Deve ser sempre obtida a assinatura do(a) doente, exceto em situação de emergência ou em caso de falta de discernimento.

Serviço: Tel. :

O(A) Dr.(Dra.) (Apelido e nome próprio, em maiúsculas), explicou ao doente a natureza, objetivo, benefícios, riscos e alternativas ao exame ou tratamento. Prontificou-se igualmente para responder a todas as perguntas que o/a doente entendeu colocar-lhe.

Data: Assinatura do(a) médico(a):

Tipo de informação fornecida:

Contacto informativo

Brochura, folheto informativo ou vídeo

Título:

Este documento assinado faz parte do processo do doente; uma cópia do mesmo será remetida ao/à doente.