

HSS TRUST _____

CONSULTÓRIO DE CLÍNICA GERAL ou outro _____

Unidade Hospitalar _____

Prestador de Cuidados Primários _____

FORMULÁRIO 3 – CONSENTIMENTO PARA EXAME, TRATAMENTO OU CUIDADOS

(Procedimentos quando não haja perda de consciência)

Detalhes Pessoais (ou etiqueta pré-impresa)

Apelido
Nomes próprios.....
Data de nascimento.....
 Sexo masculino Sexo feminino H+C No. (ou outra identificação).....
Requisitos especiais (língua ou outros).....

Declaração do profissional de cuidados de saúde

Profissional de cuidados de saúde responsável..... Cargo
Designação do procedimento ou tratamento proposto (incluir parte do *corpo* ou local e explicação resumida se o termo clínico não for claro)

Expliquei o procedimento. Expliquei, em particular:

As vantagens pretendidas

Riscos graves ou frequentes

Também abordei aquilo que o procedimento poderá envolver, as vantagens e os riscos de quaisquer tratamentos alternativos disponíveis (incluindo nenhum tratamento), quaisquer amostras que poderão ser recolhidas e quaisquer preocupações em particular das pessoas envolvidas.

Foi disponibilizado o seguinte desdobrável/cassete

AssinaturaData

Nome (letra de imprensa)Cargo

Declaração do intérprete (quando adequado)

Realizei a interpretação das informações supracitadas de acordo com as minhas competências, pelo que estou convicto que as partes intervenientes compreenderam.

AssinaturaData

Nome (LETRA DE IMPRENSA)

Declaração da pessoa que dá consentimento ou com responsabilidade parental relativamente à criança

Concordo com o procedimento ou o tratamento supracitado.

Compreendo que não me podem garantir que o procedimento será realizado por uma pessoa em particular.

No entanto, essa pessoa terá a experiência adequada.

Compreendo que o procedimento irá/não irá envolver anestesia local.

AssinaturaData

Nome (LETRA DE IMPRENSA)Parentesco

Cópia aceite Sim/Não (fazer um círculo)