

HSS TRUST _____

CONSULTÓRIO DE CLÍNICA GERAL ou outro _____

Unidade Hospitalar _____

Prestador de Cuidados Primários _____

FORMULÁRIO 1 – CONSENTIMENTO PARA EXAME, TRATAMENTO OU CUIDADOS

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

Possíveis procedimentos adicionais que podem ser necessários durante o procedimento.

Transfusão sanguínea outro procedimento (especificar)

Este procedimento envolverá: anestesia geral e/ou regional anestesia local sedação

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

Foi disponibilizado o seguinte desdobrável/cassete.....

AssinaturaData

Nome (letra de imprensa) Cargo

Detalhes de contacto (se o doente desejar debater as opções posteriormente)

Declaração do intérprete (quando adequado)

Realizei a interpretação das informações supracitadas para a pessoa que irá dar consentimento de acordo com as minhas competências, pelo que estou convicto que a mesmas foram por si compreendidas.

AssinaturaData

Nome (letra de imprensa).....

Cópia aceite pela pessoa que dá consentimento Sim/Não (fazer um círculo)

Declaração da pessoa que dá consentimento

Leia este formulário atentamente. Se o seu tratamento tiver sido planeado com antecedência, já deverá ter a sua própria cópia, que descreve as vantagens e os riscos do tratamento proposto. Caso contrário, ser-lhe-á entregue uma cópia neste momento. Se tiver alguma dúvida, não hesite em perguntar – estamos aqui para o ajudar. Tem o direito de mudar de opinião em qualquer momento, mesmo depois de assinar o formulário.

Concordo com o procedimento ou o tratamento descrito neste formulário.

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 terei oportunidade de debater os detalhes relativos à anestesia com um anestesista antes do procedimento, a menos que urgência do meu estado assim o impeça. (Aplicável apenas a doentes submetidos a anestesia geral ou regional).

Compreendo que qualquer procedimento para além dos descritos neste formulário apenas será realizado se for necessário para me salvar a vida ou impedir prejudicar gravemente a minha saúde.

Informaram-me acerca de possíveis procedimentos adicionais que podem vir a ser necessários durante o meu tratamento.

Indiquei abaixo todos os procedimentos **aos quais não desejo ser submetido** sem antes obter mais informações.

**Concordo que estudantes de prestação de cuidados de saúde, que serão supervisionados por profissionais de cuidados de saúde, poderão observar ou prestar assistência durante os cuidados que me forem prestados. * É possível remover esta frase sem afectar os seus cuidados.*

Formatted: Font: (Default) Helvetica, 12 pt

Formatted: Portuguese (Portugal)

AssinaturaData

Nome (letra de imprensa).....

A Uma testemunha deverá assinar abaixo caso o doente não consiga assinar, mas dê o seu consentimento. Os jovens/crianças também poderão desejar que um dos pais assine a declaração (consultar as notas)

AssinaturaData.....

Nome (letra de imprensa).....

Confirmação de consentimento (a preencher por um profissional de cuidados de saúde quando o doente for admitido para realização do procedimento, caso tenha assinado o formulário antecipadamente). Confirmei que o doente não tem mais dúvidas e que deseja iniciar o procedimento.

Assinatura.....Data

Nome (letra de imprensa).....Cargo

Notas importantes: (assinalar se aplicável)

Ver também a directiva /testamento de vida antecipado (p. ex., formulário de Testemunha de Jeová)

O doente anulou o consentimento.....Data

(pedir ao doente para assinar/datar aqui)