

TERMO DE CIÊNCIA/CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A REALIZAÇÃO DE TILT TESTE

PACIENTE:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade No.: _____ Órgão expedidor: _____

Obs: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade No.: _____ Órgão expedidor: _____

Estou ciente de que vou realizar o exame acima especificado, que meu médico assistente solicitou por achar necessário para melhor esclarecimento e acompanhamento de meu estado de saúde.

A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados pelo Dr. _____ CRM No. _____, assim como os riscos e complicações potenciais. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória.

Autorizo qualquer outro procedimento, exame ou tratamento, em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Assim, declaro agora que estou satisfeito(a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do procedimento. Por tal razão, e nestas condições, dou o meu consentimento para que o mesmo seja realizado.

Também entendi que, a qualquer momento e sem prestar qualquer explicação, poderei revogar este consentimento, antes da realização do procedimento.

Rio de Janeiro, ____ de ____ de ____

Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)

Testemunha

Testemunha

REVOGAÇÃO: RJ, ____ / ____ / ____ Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)