

EU, ABAIXO ASSINADO, AUTORIZO O **DR LEONARDO INFANTINI DINI** E SUA EQUIPE MÉDICA A REALIZAREM O PROCEDIMENTO COMO FORMA DE TRATAMENTO DO MEU PROBLEMA DE SAÚDE ABAIXO DESCRITO.

O MÉDICO EXPLICOU-ME DE FORMA CLARA A NATUREZA E OS OBJETIVOS DO PROCEDIMENTO E ME FOI DADA A OPORTUNIDADE DE FAZER PERGUNTAS E EXCLARECER QUALQUER DÚVIDAS QUE POSSUÍA SOBRE MEU PROBLEMA E O TRATAMENTO.

SEI QUE ESTE PROCEDIMENTO NÃO É ISENTO DE RISCOS, JÁ QUE ALÉM DAQUELAS COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS DURANTE A CIRURGIA, EXISTEM OUTRAS QUE PODEM OCORRER NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO E TARDIO.

SÃO INERENTES A QUALQUER CIRURGIA, CICATRIZES, DOR NO LOCAL DA CIRURGIA, POSSIBILIDADE DE SANGRAMENTO E ATÉ TRANSFUSÃO SANGUÍNEA, HEMATOMAS, COMPLICAÇÕES ANESTÉSICAS .

AS COMPLICAÇÕES ESPECÍFICAS MAIS FREQUENTES DA MINHA CIRURGIA SÃO:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

FUI INFORMADO SOBRE ALTERNATIVAS TERAPÊUTICAS AO TRATAMENTO PROPOSTO E EM CONJUNTO AO MEU MÉDICO OPTEI POR ESTA FORMA DE TRATAMENTO.

RECONHEÇO QUE DURANTE O PROCEDIMENTO MÉDICO NOVAS CONDIÇÕES POSSAM REQUERER PROCEDIMENTOS DIFERENTES OU ADICIONAIS DAQUELES QUE ME FORAM INFORMADOS, AUTORIZANDO-OS PARA MEU MELHOR REESTABELECIMENTO DE SAÚDE.

DECLARO ESTAR DE PLENO ACORDO COM O QUE CONSTA NESTE DOCUMENTO E CIENTE DE QUE A OBRIGAÇÃO DO MÉDICO É UTILIZAR TODOS OS MEIOS DISPONÍVEIS, NO LOCAL ONDE SE REALIZA O TRATAMENTO, NA BUSCA DA SAÚDE DO PACIENTE. FICO CIENTE DE QUE EVENTUAIS RESULTADOS ADVERSOS PODEM OCORRER MESMO COM OS MELHORES CUIDADOS TÉCNICOS APLICADOS. ASSIM, DECIDI CONJUNTAMENTE COM MEU MÉDICO E EQUIPE, QUE O TRATAMENTO PROPOSTO ACIMA É A MELHOR INDICAÇÃO NESTE MOMENTO PARA O MEU QUADRO CLÍNICO.

CERTIFICO QUE LI E ENTENDI O CONTEÚDO DESTES CONSENTIMENTO, E INFORMO QUE POSSUO OS SEGUINTES PROBLEMAS DE SAÚDE, ALERGIAS E USO DE MEDICAÇÕES:

LISTA DE PROBLEMAS ALERGIAS USO DE MEDICAÇÕES

- 1-
- 2-
- 3-

CIRURGIA PROPOSTA:

NOME COMPLETO E NÚMERO DA IDENTIDADE:

DATA:

ASSINATURA: