

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Processo:

Nome:

Data Nasc.:

Telefone:

Eu, acima indicado, declaro que (assinale a sua escolha) autorizo  /não autorizo  /não aplicável   
o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca a realizar os Exames Complementares de Diagnóstico, assim como os Métodos  
Terapêuticos Médicos, os Métodos Anestésicos e /ou Cirúrgicos, necessários a:

Foi (oram) - me facultado (s) o (s) documentos (s) informativo (s) referente (s) ao (s) procedimento (s) acima referido (s) \*

Sim  Não  Não aplicável

Expresso o meu livre e pleno consentimento para o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca realizar transfusão de sangue  
e/ou derivados do sangue.\*

Sim  Não  Não aplicável

*\*Ao responder sim ou não, declaro que li e compreendi a Informação sobre "Terapêutica com Componentes Sanguíneos" e / ou outros procedimentos que me foi  
facilitada pelo Hospital antes da tomada de decisão e que entendo todo o alcance da minha decisão, que pode ter implicações na minha sobrevida.*

Declaro ter compreendido os objetivos do que me foi proposto e explicado sobre os benefícios e possíveis alternativas aos  
Exames Complementares, Métodos Terapêuticos, Anestésicos ou Intervenções Cirúrgicas, bem como os riscos, complicações,  
sequelas que podem surgir durante ou após os mesmos e que me foi dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o  
assunto e para todas elas obtive resposta esclarecedora, tendo-me sido disponibilizado acesso a vias complementares para mais  
esclarecimentos.

Apesar de concordar com a execução dos procedimentos acima mencionados poderei, em qualquer momento, desistir deles,  
mantendo assegurados os melhores cuidados nesta Unidade de Saúde e a assistência necessária à minha situação clínica.

Declaro que autorizo o registo de imagens desses actos para fins científicos:

Sim  Não

Declaro que autorizo a utilização de dados clínico-laboratoriais e transfusionais para fins científicos:

Sim  Não

Assinatura do Doente <sup>(1)</sup>

e/ou

Assinatura do Representante Legal <sup>(1) (3)</sup>

<sup>(1)</sup> Nome conforme CC/BI/ODL <sup>(2)</sup> :

CC/BI/ODL <sup>(2)</sup> n.º \_\_\_\_\_ válido até \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ entidade emissora \_\_\_\_\_

<sup>(3)</sup> Tipo de representante \_\_\_\_\_

Médico Assistente/Prescritor:

Médico Executante: (não aplicável em caso exclusivo de transfusão)

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N. Ordem \_\_\_\_\_

Ass. \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N. Ordem \_\_\_\_\_

Ass. \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Houve necessidade da presença de um intérprete (ou outro meio idóneo) qualificado?

Sim  Não

Se respondeu "Sim" preencha o campo abaixo:

Intérprete  Nome \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Outro meio  Especificar: \_\_\_\_\_

<sup>(2)</sup> CC- Cartão de Cidadão; BI - Bilhete de Identidade; ODL - Outro Documento Legal.

<sup>(3)</sup> No caso de menor de 18 anos de idade, estar interdito ou inabilitado, indicar o que lhe confere o título de Representante Legal (ex: parentesco, documento legal).