

DOCUMENTO DE NÃO CONSENTIMENTO

HOSPITAL / CLÍNICA: _____ Processo: _____

NOME DO MÉDICO: _____ Cédula Profissional: _____

DADOS DO DOENTE

Sr. / Sra.: _____

B.I. N.º: _____

Residente em : _____

DADOS DO REPRESENTANTE

Sr. / Sra.: _____

B.I. N.º: _____

Residente em: _____

Na Qualidade de: _____

DECLARO

Que o Médico me explicou que tenho indicação para a realização de/o procedimento / intervenção:

_____ que consiste em: _____

e que tem como objectivo: _____

pelos motivos: _____

O Médico informou-me das consequências e dos riscos que derivarão da não realização do procedimento, que são:

E que, no meu caso, podem agravar-se por: _____

Explicou-me também as possíveis alternativas para a minha situação e que são: _____

Compreendi todas as explicações que me foram dadas, numa linguagem clara e simples, e o médico que me atendeu permitiu-me expor-lhe todas as questões e clarificar todas as minhas dúvidas.

Desta forma, declaro que estou satisfeito com a informação recebida e que compreendo o alcance e os riscos de NÃO ME SUBMETER ao procedimento/intervenção indicado.

Nestas condições **NÃO CONSINTO** em submeter-me ao procedimento / intervenção: _____

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____

O doente: _____

Representante legal ou familiar: _____

O médico: _____