

AUTORIZAÇÃO DO(A) PACIENTE

Por meio deste TERMO DE CONSENTIMENTO, tomo consciência de que o tecido a ser utilizado na reparação ou reconstrução de minha patologia é de origem humana, destinado a uso terapêutico e foi submetido aos testes de controle sorológicos e microbiológicos, com a finalidade de se evitar a transmissão de doenças, conforme Portaria 2600/GM de 21/10/09 e RDC ANVISA nº. 55 de 11/12/15.

Declaro ter sido informado(a) claramente, pelo Dr(a). _____

CRM _____, CRO _____, sobre todos os benefícios, cuidados e riscos relacionados ao uso deste tecido e que os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas esclarecidas. Entendo que não existe garantia dos resultados em relação à realização do enxerto e que poderão ocorrer complicações clínicas.

Nome do paciente,

Endereço, Nº

Complemento, Cidade, Estado, .

RG, Telefone: ()

Data: ____/____/____

Assinatura

Caso o paciente seja menor de idade ou tenha outro comprometimento que o impeça de tomar decisões, o representante legal abaixo designado é quem assume a responsabilidade de fazer esta opção.

Nome do Responsável:

Endereço, Nº

Complemento, Cidade, Estado,

RG, Telefone ()

Data: ____/____/____

Assinatura

Testemunha (a testemunha confirma que a assinatura neste documento é do Paciente/Responsável):

Nome:

RG, Telefone: ()

Data: ____/____/____

BTH FADM 11 Rev 00 p.2/2

Assinatura

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO TRANSPLANTADOR

Certifico que expliquei por escrito e verbalmente, com detalhes, ao paciente ou a seu responsável, o procedimento de transplante do tecido de origem humana, seus riscos e benefícios.

Respondi satisfatoriamente a todas as perguntas formuladas e considero que o paciente/responsável compreendeu o que lhe foi explicado.

Nome do médico,

CRM, Telefone: ()

Data: ____/____/____

Assinatura