

TERMO DE INFORMAÇÕES PÓS INTERNAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR

Quem recebeu as orientações e assina o termo: () Paciente () Responsável

Nome: _____, RG: _____

CPF: _____, Grau de parentesco: _____.

Pelo presente termo, atesto que me foi autorizada a alta hospitalar nesta data, pelo(a) pelo(a) Dr.(a)

_____, CRM: _____.

ORIENTAÇÕES DE ALTA

O paciente deve marcar uma consulta para avaliação em: _____.

RISCOS DA INOBSERVÂNCIA DAS ORIENTAÇÕES DE ALTA

Telefones de contato do médico: _____.

Declaro que recebi todas as informações sobre os cuidados que devo ter após a internação, incluindo riscos, complicações potenciais e alternativas. Também tive a oportunidade de fazer perguntas que foram integralmente respondidas. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

Confirmo que recebi, li e compreendi as explicações prestadas, que concordo com os itens acima referidos e que tive a oportunidade de expressão sobre os pontos com os quais não concordasse.

Rio de Janeiro, ____/____/_____, Hora: _____.

Assinatura: _____.

PELO MÉDICO: Atesto que expliquei sobre todos os cuidados a serem observados após a alta hospitalar, ao próprio paciente e/ou seu responsável, informando sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. Entendo que o paciente e/ou seu responsável compreendeu o que lhes foi informado.

Assinatura médico: _____.

Assinatura Testemunha (se houver): _____.