

Termo de esclarecimentos, ciência e recusa em receber assistência



Por este instrumento, eu _____
_____ (nome legível, completo e por extenso do paciente ou responsável)
_____/_____, declaro que:
(identidade nº / órgão)

1º) Ter sido devidamente informado(a) e orientado(a) sobre todas as indicações, contra-indicações, necessidades das condutas e procedimentos/ assistência a serem adotados pela equipe de enfermagem ;

2º) Renuncio a realização da assistência _____
_____ a ser adotada.

Colatina, _____ de _____ de 20_____. _____
(Assinatura do paciente/ ou familiar)

Testemunho que este documento foi assinado pela pessoa acima identificada:

1) _____ (assinatura) _____ (nº do documento de identidade)

(nome completo e legível) _____ (endereço)

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou seu (seus) responsável(eis), o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o tratamento (s)/ assistência (s) acima descritos.

Data: _____/_____/_____ _____
Assinatura do enfermeiro do setor