



**TERMO DE ESCLARECIMENTO GERAL SOBRE PROCEDIMENTOS A SEREM
REALIZADOS PELA EQUIPE DE SAÚDE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – HCFMUSP**

1- Declaro que fui esclarecido (a) em linguagem compreensível pela Equipe da Unidade _____ do HCFMUSP sobre o(s) procedimento(s) e/ou exame(s) que serão realizados em minha pessoa.

2- Fui esclarecido (a) que para chegar ao conhecimento de minha doença (diagnóstico), será necessário realizar alguns exames que podem ser imagens (radiografia, ultrassom, tomografia _____), exames de laboratório, de sangue, urina, fezes _____. Alguns procedimentos podem ser invasivos, isto é, algumas partes de órgãos e tecidos poderão ser removidas e encaminhadas para os exames de Patologia e outros. Com os resultados dos exames realizados será proposto o tratamento.

3- Declaro que fui esclarecido e compreendi que os procedimentos sugeridos e o (s) tratamento (s) apresenta(m) os seguintes benefícios: _____ e riscos _____ que foram explicados pela Equipe _____ do HCFMUSP.

4- Compreendi que os procedimentos propostos serão realizados dentro dos recursos disponíveis do HCFMUSP e que pesando riscos e benefícios, acredita-se que os benefícios ultrapassam os riscos. Fui esclarecido e compreendi que não há como garantir que apenas terei os benefícios e nenhum dos efeitos indesejáveis. Entendi que todos os procedimentos aqui explicados estão sendo anotados em meu prontuário médico, ao qual posso ter acesso a qualquer momento, através de minha pessoa ou do meu representante legal, e que o HCFMUSP é responsável pela guarda deste prontuário.

5- Declaro que tendo entendido sobre os riscos que a doença possa trazer, caso não concorde com a realização dos mesmos procedimentos, tenho o direito de recusar a realização desses procedimentos e/ou exames, no todo ou parte, podendo voltar atrás da minha decisão ao longo do meu tratamento. Compreendi também que a evolução da(s) minha(s) doença(s) pode impedir a realização dos procedimentos propostos, em caso de mudar de ideia sobre minha recusa inicial de realizar os mesmos. Em caso de recusa à realização dos procedimentos diagnósticos e de tratamento, estou ciente das consequências que possam resultar da minha decisão, e isento a Equipe _____ do HCFMUSP de responsabilidade sobre as consequências de minha decisão.

Foi-me explicado que, apesar da minha recusa, a equipe de saúde do HCFMUSP não vai deixar de cuidar de mim, dentro das limitações que a minha recusa irá provocar.

() Li o termo e aceito

() Li o termo e recuso

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal ou Representante Indicado

Assinatura do Representante da Equipe de Saúde

Observação: Este Termo é aplicável em situações em que não há conflito com a legislação.