

TERMO DE CONSENTIMENTO - INFILTRAÇÃO COM DEPOMEDROL

Eu, _____ data de nascimento _____

autorizo o Dr. _____, CRM _____ a realizar o procedimento médico designado como INFILTRAÇÃO COM DEPOMEDROL, em 3 infiltrações.

A natureza da minha condição e dos procedimentos médicos propostos, incluindo os métodos de tratamento e não tratamento foram satisfatoriamente explicados à minha pessoa, assim como qualquer risco, substancial ou significativo de ocorrerem complicações.

Através desta reconheço que me foi dado ampla oportunidade de questionar sobre os procedimentos médicos escolhidos e as suas alternativas, bem como julguei satisfatórias as respostas aos meus questionamentos e compreendo os riscos envolvidos no tratamento a que voluntariamente vou me submeter.

Belo Horizonte, _____

Assinatura e carimbo do Médico

Assinatura do paciente ou Responsável