

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) paciente _____, ou seu responsável _____, **declara**, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao(à) médico(a) assistente, o Dr.(a) _____, inscrito no CRM/PR

sob o n.º _____ ou outro _____ credenciado pelo **Hospital Nossa Senhora do Pilar**, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: **COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA** e todos o que incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínico, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 39º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o procedimento antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

DEFINIÇÃO: é um exame endoscópico destinado ao diagnóstico de distúrbios do pâncreas, ductos biliares, fígado e vesícula biliar, sob anestesia. É realizado com a introdução de um aparelho endoscópico pela boca; chegando à segunda porção duodenal localizará a papila (pequeno orifício que drena a bile) para cateterizá-la. Neste orifício será introduzido um delicado cateter, por onde será injetado contraste e, com auxílio do RX, serão avaliadas estas estruturas.

Identificada a presença de cálculos, será realizada uma cirurgia da papila e limpeza do canal.

Se identificada a presença de algum tumor da papila ou do duodeno, o mesmo será submetido a biópsia, e o material encaminhado para análise.

Em alguns casos também será avaliada a possibilidade da colocação de prótese biliar para melhor drenagem das vias biliares.

SEDAÇÃO:

- **LEVE** – Estado obtido com o uso de medicamentos em que o paciente responde ao comando verbal. A função cognitiva e a coordenação podem estar comprometidas. As funções cardiovascular e respiratória não apresentam comprometimento.
- **MODERADA/ANALGESIA** - “Sedação consciente” É um estado de depressão da consciência obtido com o uso de medicamentos, no qual o paciente responde ao estímulo verbal isolado ou acompanhado de estímulo tátil. Não são necessárias intervenções para manter a via aérea permeável, a ventilação espontânea é suficiente e a função cardiovascular geralmente é mantida adequada.
- **PROFUNDA/ANALGESIA** - Depressão da consciência induzida por medicamentos, e nela o paciente e dificilmente despertado por comandos verbais, mas responde a estímulos dolorosos. A ventilação espontânea pode estar comprometida e ser insuficiente. Pode ocorrer a necessidade de assistência para a manutenção da via aérea permeável. A função cardiovascular geralmente é mantida. As respostas são individuais.

COMPLICAÇÕES PRINCIPAIS:

Esses procedimentos aumentam o risco e podem aparecer complicações, citando como principais as seguintes:

1. Sangramentos, raramente perfurações;
2. Reações alérgicas as medicações ou ao contraste;
3. Inflamação do pâncreas (pancreatite) e do ducto biliar (colangite) o que prolongaria a internação.
4. Irritação da garganta e disfagia.
5. Dores, enjoos, vômitos, tonteados e mal estar.
6. Dificuldade respiratória em função da sedação.
7. Aspiração do conteúdo gástrico para os pulmões, pneumonias.

Muitas vezes, as doenças são vistas apenas na hora em que o exame está sendo realizado, e o Endoscopista pode fazer o tratamento de imediato, desde que previamente autorizado.

() Estou esclarecido quanto aos procedimentos cirúrgicos e endoscópicos e suas complicações e autorizo a realização dos mesmos nos casos em que o médico endoscopista julgue necessário realizá-los.

() Não autorizo a realização do procedimentos cirúrgicos e endoscópicos, apenas o exame diagnóstico.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada à oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a **COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA** tenha o resultado pretendido.

Confirmando que fui orientado ter um acompanhante na alta, que não posso dirigir veículos, máquinas e motocicletas durante um período de 12 horas após o exame, e nem retornar de carona em motocicletas. Também que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro e que não foram informados neste documento e que reações alérgicas desconhecidas por mim e pelos médicos aos medicamentos ou soluções utilizadas nos procedimentos a que serei submetido (a).

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o (a) médico (a), a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o(a) mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existentes.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.

Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Curitiba (PR), ____ de _____ de _____.

Deve ser preenchido pelo médico assistente

Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico _____ Assinatura _____ CRM _____

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS	
Assinatura do(a) paciente	Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente
RG N°	RG N°
NOME	NOME

Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º. O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

Código de Ética Médica: Art. 22º Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**OBS: Obrigatório rubricar todas as vias.
1ª via do Paciente.**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) paciente _____, ou seu responsável

_____, **declara**, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao(à)

médico(a) assistente, o Dr.(a) _____, inscrito no CRM/PR

sob o n.º _____ ou outro _____ credenciado pelo **Hospital Nossa Senhora do Pilar**, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: **COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA** e todos o que incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínico, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 39º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o procedimento antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

DEFINIÇÃO: é um exame endoscópico destinado ao diagnóstico de distúrbios do pâncreas, ductos biliares, fígado e vesícula biliar, sob anestesia. É realizado com a introdução de um aparelho endoscópico pela boca; chegando à segunda porção duodenal localizará a papila (pequeno orifício que drena a bile) para cateterizá-la. Neste orifício será introduzido um delicado cateter, por onde será injetado contraste e, com auxílio do RX, serão avaliadas estas estruturas.

Identificada a presença de cálculos, será realizada uma cirurgia da papila e limpeza do canal.

Se identificada a presença de algum tumor da papila ou do duodeno, o mesmo será submetido a biópsia, e o material encaminhado para análise.

Em alguns casos também será avaliada a possibilidade da colocação de prótese biliar para melhor drenagem das vias biliares.

SEDAÇÃO:

- **LEVE** – Estado obtido com o uso de medicamentos em que o paciente responde ao comando verbal. A função cognitiva e a coordenação podem estar comprometidas. As funções cardiovascular e respiratória não apresentam comprometimento.
- **MODERADA/ANALGESIA** - “Sedação consciente” É um estado de depressão da consciência obtido com o uso de medicamentos, no qual o paciente responde ao estímulo verbal isolado ou acompanhado de estímulo tátil. Não são necessárias intervenções para manter a via aérea permeável, a ventilação espontânea é suficiente e a função cardiovascular geralmente é mantida adequada.
- **PROFUNDA/ANALGESIA** - Depressão da consciência induzida por medicamentos, e nela o paciente e dificilmente despertado por comandos verbais, mas responde a estímulos dolorosos. A ventilação espontânea pode estar comprometida e ser insuficiente. Pode ocorrer a necessidade de assistência para a manutenção da via aérea permeável. A função cardiovascular geralmente é mantida. As respostas são individuais.

COMPLICAÇÕES PRINCIPAIS:

Esses procedimentos aumentam o risco e podem aparecer complicações, citando como principais as seguintes:

1. Sangramentos, raramente perfurações;
2. Reações alérgicas as medicações ou ao contraste;
3. Inflamação do pâncreas (pancreatite) e do ducto biliar (colangite) o que prolongaria a internação.
4. Irritação da garganta e disfagia.
5. Dores, enjoos, vômitos, tonteados e mal estar.
6. Dificuldade respiratória em função da sedação.
7. Aspiração do conteúdo gástrico para os pulmões, pneumonias.

Muitas vezes, as doenças são vistas apenas na hora em que o exame está sendo realizado, e o Endoscopista pode fazer o tratamento de imediato, desde que previamente autorizado.

() Estou esclarecido quanto aos procedimentos cirúrgicos e endoscópicos e suas complicações e autorizo a realização dos mesmos nos casos em que o médico endoscopista julgue necessário realizá-los.

() Não autorizo a realização dos procedimentos cirúrgicos e endoscópicos, apenas o exame diagnóstico.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a **COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA** tenha o resultado pretendido.

Confirmando que fui orientado ter um acompanhante na alta, que não posso dirigir veículos, máquinas e motocicletas durante um período de 12 horas após o exame, e nem retornar de carona em motocicletas. Também que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro e que não foram informados neste documento e que reações alérgicas desconhecidas por mim e pelos médicos aos medicamentos ou soluções utilizadas nos procedimentos a que serei submetido (a).

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o (a) médico (a), a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o(a) mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existentes.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.

Fica também estabelecido que diante do procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Curitiba (PR), ____ de _____ de _____.

Deve ser preenchido pelo médico assistente

Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico _____ Assinatura _____ CRM _____

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS	
Assinatura do(a) paciente	Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente
RG N°	RG N°
NOME	NOME

Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º. O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

Código de Ética Médica: Art. 22º Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**OBS: Obrigatório rubricar todas as vias.
2ª via do Médico.**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) paciente _____, ou seu responsável

_____, **declara**, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao(à)

médico(a) assistente, o Dr.(a) _____, inscrito no CRM/PR

sob o n.º _____ ou outro _____ credenciado pelo **Hospital Nossa Senhora do Pilar**, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: **COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA** e todos o que incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínico, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 39º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o procedimento antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

DEFINIÇÃO: é um exame endoscópico destinado ao diagnóstico de distúrbios do pâncreas, ductos biliares, fígado e vesícula biliar, sob anestesia. É realizado com a introdução de um aparelho endoscópico pela boca; chegando à segunda porção duodenal localizará a papila (pequeno orifício que drena a bile) para cateterizá-la. Neste orifício será introduzido um delicado cateter, por onde será injetado contraste e, com auxílio do RX, serão avaliadas estas estruturas.

Identificada a presença de cálculos, será realizada uma cirurgia da papila e limpeza do canal.

Se identificada a presença de algum tumor da papila ou do duodeno, o mesmo será submetido a biópsia, e o material encaminhado para análise.

Em alguns casos também será avaliada a possibilidade da colocação de prótese biliar para melhor drenagem das vias biliares.

SEDAÇÃO:

- **LEVE** – Estado obtido com o uso de medicamentos em que o paciente responde ao comando verbal. A função cognitiva e a coordenação podem estar comprometidas. As funções cardiovascular e respiratória não apresentam comprometimento.
- **MODERADA/ANALGESIA** - “Sedação consciente” É um estado de depressão da consciência obtido com o uso de medicamentos, no qual o paciente responde ao estímulo verbal isolado ou acompanhado de estímulo tátil. Não são necessárias intervenções para manter a via aérea permeável, a ventilação espontânea é suficiente e a função cardiovascular geralmente é mantida adequada.
- **PROFUNDA/ANALGESIA** - Depressão da consciência induzida por medicamentos, e nela o paciente e dificilmente despertado por comandos verbais, mas responde a estímulos dolorosos. A ventilação espontânea pode estar comprometida e ser insuficiente. Pode ocorrer a necessidade de assistência para a manutenção da via aérea permeável. A função cardiovascular geralmente é mantida. As respostas são individuais.

COMPLICAÇÕES PRINCIPAIS:

Esses procedimentos aumentam o risco e podem aparecer complicações, citando como principais as seguintes:

1. Sangramentos, raramente perfurações;
2. Reações alérgicas as medicações ou ao contraste;
3. Inflamação do pâncreas (pancreatite) e do ducto biliar (colangite) o que prolongaria a internação.
4. Irritação da garganta e disfagia.
5. Dores, enjoos, vômitos, tonteados e mal estar.
6. Dificuldade respiratória em função da sedação.
7. Aspiração do conteúdo gástrico para os pulmões, pneumonias.

Muitas vezes, as doenças são vistas apenas na hora em que o exame está sendo realizado, e o Endoscopista pode fazer o tratamento de imediato, desde que previamente autorizado.

() Estou esclarecido quanto aos procedimentos cirúrgicos e endoscópicos e suas complicações e autorizo a realização dos mesmos nos casos em que o médico endoscopista julgue necessário realizá-los.

() Não autorizo a realização dos procedimentos cirúrgicos e endoscópicos, apenas o exame diagnóstico.

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a **COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA** tenha o resultado pretendido.

Confirmo que fui orientado ter um acompanhante na alta, que não posso dirigir veículos, máquinas e motocicletas durante um período de 12 horas após o exame, e nem retornar de carona em motocicletas. Também que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro e que não foram informados neste documento e que reações alérgicas desconhecidas por mim e pelos médicos aos medicamentos ou soluções utilizadas nos procedimentos a que serei submetido (a).

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o (a) médico (a), a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o(a) mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existentes.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.

Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Curitiba (PR), ____ de _____ de _____.

Deve ser preenchido pelo médico assistente

Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico _____ Assinatura _____ CRM _____

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS	
Assinatura do(a) paciente	Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente
RG N°	RG N°
NOME	NOME

Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º. O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

Código de Ética Médica: Art. 22º Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**OBS: Obrigatório rubricar todas as vias.
3ª via do Hospital.**