

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: **BIÓPSIA ASPIRATIVA POR AGULHA FINA DA TIREÓIDE** e todos o que incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínicas, 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 9, VI Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico de **BIÓPSIA ASPIRATIVA POR AGULHA FINA DA TIREÓIDE** antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

DEFINICAO: A punção biópsia aspirativa por agulha fina da tireóide é o procedimento mais sensível e específico para fazer o diagnóstico diferencial entre lesões benignas e malignas da tireóide, sem abordagem cirúrgica. Estudos epidemiológicos têm revelado que a sensibilidade da biópsia aspirativa da tireóide por agulha fina varia de 65% a 98% (média 83%), e a especificidade varia de 72% a 100% (média, 92%) (1,2). O valor preditivo das citologias positivas e suspeitas é de aproximadamente 50%. A acurácia geral do diagnóstico citológico está em torno de 95%.

PROCEDIMENTO: O médico me explicou que eu tenho um nódulo na minha tireóide, que é uma glândula que fica na região anterior do pescoço.

De acordo com os procedimentos médicos de rotina, para saber qual a natureza desse nódulo, do que ele é formado, é necessário fazer uma punção aspirativa por agulha fina. Isto é, uma agulha será introduzida na tireóide visando retirar do nódulo uma pequena amostra, que será examinada ao microscópio.

Poderão ser necessárias várias punções. Em média são realizadas de 2 a 4 punções em cada nódulo onde houver necessidade de amostragem.

ANESTESIA: Não é feita anestesia de rotina, uma vez que os nódulos são superficiais e a anestesia local pode alterar as condições do local da punção. Além disso, a agulha usada para injetar o anestésico tem o mesmo calibre que a agulha da punção e a injeção do anestésico provoca ardência, o que pode ser mais desconfortável que a punção simples. Como qualquer medicamento, o anestésico tem seus próprios riscos, o que é desnecessário num procedimentos simples.

RISCOS DO PROCEDIMENTO:

- a) Raramente grandes vasos podem ser atingidos pela agulha e um sangramento pode ocorrer no local da punção. Muito raramente pode ser necessário uma drenagem cirúrgica. É necessário avisar o radiologista sobre o uso de drogas ou remédios anticoagulantes, inclusive a aspirina ou AAS.
- b) Pode ocorrer uma necrose do nódulo puncionado e, por conseqüência, ser necessária sua retirada cirúrgica.
- c) Tecido correto pode não ser obtido. Neste caso uma nova biópsia pode ser necessária.
- d) O material da amostra é submetido a processos químicos onde pode haver problemas técnicos que interferem sobre a acurácia do exame.
- e) Trajetos de nervos podem ser atingidos pela agulha o que pode provocar desconforto e dor.
- f) Já houve na literatura o relato de um caso de sangramento intratireoideano que necessitou de assistência ventilatória e cirurgia imediata após a punção diagnóstica (extremamente raro).

ALTERNATIVAS: Existem opções à realização da punção, como o seguimento ultrassonográfico, a realização de exames de medicina nuclear e a retirada cirúrgica do nódulo. As duas primeiras alternativas tem especialidade menor do que a punção aspirativa e podem atrasar o diagnóstico de uma condição neoplásica maligna. O procedimento de exérese cirúrgica apresenta todos os riscos de uma cirurgia convencional.

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 **BIOPSIA ASPIRATIVA POR AGULHA FINA DA TIREÓIDE** tenha o resultado pretendido.

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	
<p>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.</p>	
<p>Nome do médico _____ Assinatura _____ CRM _____</p>	

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS	
Assinatura do(a) paciente _____	Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente _____
RG Nº _____	RG Nº _____
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 seu 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: **BIÓPSIA ASPIRATIVA POR AGULHA FINA DA TIREÓIDE** e todos o que incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínicas, 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 9, VI Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico de **BIÓPSIA ASPIRATIVA POR AGULHA FINA DA TIREÓIDE** antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

DEFINICAO: A punção biópsia aspirativa por agulha fina da tireóide é o procedimento mais sensível e específico para fazer o diagnóstico diferencial entre lesões benignas e malignas da tireóide, sem abordagem cirúrgica. Estudos epidemiológicos têm revelado que a sensibilidade da biópsia aspirativa da tireóide por agulha fina varia de 65% a 98% (média 83%), e a especificidade varia de 72% a 100% (média, 92%) (1,2). O valor preditivo das citologias positivas e suspeitas é de aproximadamente 50%. A acurácia geral do diagnóstico citológico está em torno de 95%.

PROCEDIMENTO: O médico me explicou que eu tenho um nódulo na minha tireóide, que é uma glândula que fica na região anterior do pescoço.

De acordo com os procedimentos médicos de rotina, para saber qual a natureza desse nódulo, do que ele é formado, é necessário fazer uma punção aspirativa por agulha fina. Isto é, uma agulha será introduzida na tireóide visando retirar do nódulo uma pequena amostra, que será examinada ao microscópio.

Poderão ser necessárias várias punções. Em média são realizadas de 2 a 4 punções em cada nódulo onde houver necessidade de amostragem.

ANESTESIA: Não é feita anestesia de rotina, uma vez que os nódulos são superficiais e a anestesia local pode alterar as condições do local da punção. Além disso, a agulha usada para injetar o anestésico tem o mesmo calibre que a agulha da punção e a injeção do anestésico provoca ardência, o que pode ser mais desconfortável que a punção simples. Como qualquer medicamento, o anestésico tem seus próprios riscos, o que é desnecessário num procedimentos simples.

RISCOS DO PROCEDIMENTO:

- a) Raramente grandes vasos podem ser atingidos pela agulha e um sangramento pode ocorrer no local da punção. Muito raramente pode ser necessário uma drenagem cirúrgica. É necessário avisar o radiologista sobre o uso de drogas ou remédios anticoagulantes, inclusive a aspirina ou AAS.
- b) Pode ocorrer uma necrose do nódulo puncionado e, por conseqüência, ser necessária sua retirada cirúrgica.
- c) Tecido correto pode não ser obtido. Neste caso uma nova biópsia pode ser necessária.
- d) O material da amostra é submetido a processos químicos onde pode haver problemas técnicos que interferem sobre a acurácia do exame.
- e) Trajetos de nervos podem ser atingidos pela agulha o que pode provocar desconforto e dor.
- f) Já houve na literatura o relato de um caso de sangramento intratireoideano que necessitou de assistência ventilatória e cirurgia imediata após a punção diagnóstica (extremamente raro).

ALTERNATIVAS: Existem opções à realização da punção, como o seguimento ultrassonográfico, a realização de exames de medicina nuclear e a retirada cirúrgica do nódulo. As duas primeiras alternativas tem especialidade menor do que a punção aspirativa e podem atrasar o diagnóstico de uma condição neoplásica maligna. O procedimento de exérese cirúrgica apresenta todos os riscos de uma cirurgia convencional.

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 **BIOPSIA ASPIRATIVA POR AGULHA FINA DA TIREÓIDE** tenha o resultado pretendido.

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	
<p>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.</p>	
<p>Nome do médico _____ Assinatura _____ CRM _____</p>	

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS	
<p>Assinatura do(a) paciente _____</p>	<p>Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente _____</p>
<p>RG Nº _____</p>	<p>RG Nº _____</p>
<p>NOME _____</p>	<p>NOME _____</p>

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: **BIÓPSIA ASPIRATIVA POR AGULHA FINA DA TIREÓIDE** e todos o que incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínicas, 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 9, VI Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico de **BIÓPSIA ASPIRATIVA POR AGULHA FINA DA TIREÓIDE** antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

DEFINICAO: A punção biópsia aspirativa por agulha fina da tireóide é o procedimento mais sensível e específico para fazer o diagnóstico diferencial entre lesões benignas e malignas da tireóide, sem abordagem cirúrgica. Estudos epidemiológicos têm revelado que a sensibilidade da biópsia aspirativa da tireóide por agulha fina varia de 65% a 98% (média 83%), e a especificidade varia de 72% a 100% (média, 92%) (1,2). O valor preditivo das citologias positivas e suspeitas é de aproximadamente 50%. A acurácia geral do diagnóstico citológico está em torno de 95%.

PROCEDIMENTO: O médico me explicou que eu tenho um nódulo na minha tireóide, que é uma glândula que fica na região anterior do pescoço.

De acordo com os procedimentos médicos de rotina, para saber qual a natureza desse nódulo, do que ele é formado, é necessário fazer uma punção aspirativa por agulha fina. Isto é, uma agulha será introduzida na tireóide visando retirar do nódulo uma pequena amostra, que será examinada ao microscópio.

Poderão ser necessárias várias punções. Em média são realizadas de 2 a 4 punções em cada nódulo onde houver necessidade de amostragem.

ANESTESIA: Não é feita anestesia de rotina, uma vez que os nódulos são superficiais e a anestesia local pode alterar as condições do local da punção. Além disso, a agulha usada para injetar o anestésico tem o mesmo calibre que a agulha da punção e a injeção do anestésico provoca ardência, o que pode ser mais desconfortável que a punção simples. Como qualquer medicamento, o anestésico tem seus próprios riscos, o que é desnecessário num procedimentos simples.

RISCOS DO PROCEDIMENTO:

- a) Raramente grandes vasos podem ser atingidos pela agulha e um sangramento pode ocorrer no local da punção. Muito raramente pode ser necessário uma drenagem cirúrgica. É necessário avisar o radiologista sobre o uso de drogas ou remédios anticoagulantes, inclusive a aspirina ou AAS.
- b) Pode ocorrer uma necrose do nódulo puncionado e, por conseqüência, ser necessária sua retirada cirúrgica.
- c) Tecido correto pode não ser obtido. Neste caso uma nova biópsia pode ser necessária.
- d) O material da amostra é submetido a processos químicos onde pode haver problemas técnicos que interferem sobre a acurácia do exame.
- e) Trajetos de nervos podem ser atingidos pela agulha o que pode provocar desconforto e dor.
- f) Já houve na literatura o relato de um caso de sangramento intratireoideano que necessitou de assistência ventilatória e cirurgia imediata após a punção diagnóstica (extremamente raro).

ALTERNATIVAS: Existem opções à realização da punção, como o seguimento ultrassonográfico, a realização de exames de medicina nuclear e a retirada cirúrgica do nódulo. As duas primeiras alternativas tem especialidade menor do que a punção aspirativa e podem atrasar o diagnóstico de uma condição neoplásica maligna. O procedimento de exérese cirúrgica apresenta todos os riscos de uma cirurgia convencional.

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 **BIOPSIA ASPIRATIVA POR AGULHA FINA DA TIREÓIDE** tenha o resultado pretendido.

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	
<p>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.</p>	
<p>Nome do médico _____ Assinatura _____ CRM _____</p>	

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS	
<p>Assinatura do(a) paciente _____</p>	<p>Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente _____</p>
<p>RG Nº _____</p>	<p>RG Nº _____</p>
<p>NOME _____</p>	<p>NOME _____</p>

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 seu 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.**