

Termo de autorização de amputação.

Paciente: _____ Sexo: _____
Registro: _____ Data de nasc.: ____/____/____
Convênio: _____
Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

AUTORIZAÇÃO PARA CIRURGIA MUTILADORA OU ENUCLEAÇÃO

Pelo presente termo eu, _____, grau de parentesco, _____ RG: _____, residente a _____, responsável pelo paciente _____, autorizo a realização da amputação do(s) membro(s) _____, declaro estar ciente da necessidade de uma cirurgia mutiladora, riscos e benefícios inerentes ao procedimento.

Salvador, ____ de _____ de 20 ____ : ____ (hh:min)

Paciente Responsável

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____ Parentesco _____

Nome do médico _____ CRM: _____

Assinatura: _____

Salvador, ____ de _____ de 20 ____ : ____ (hh:min)

Testemunha

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____