

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaramos ter recebido do(a) médico(a) Dr(a).

_____, CRM _____, responsável pelo tratamento do meu familiar ou dependente legal, abaixo mencionado, informações sobre o tratamento que será submetido denominado Eletroconvulsoterapia. A natureza desse tratamento assim como os motivos de sua indicação, incluindo riscos e benefícios inerentes foram plenamente explicados.

Da mesma forma, fomos informados de que, durante o período do tratamento com Eletroconvulsoterapia, podemos esclarecer dúvidas a respeito, assim como solicitar sua interrupção.

Finalmente declaramos concordar com o tratamento.

Por ser verdade firmamos a presente.

Nome do paciente: _____

Nome do responsável: _____

Grau de parentesco: _____

Itapira, _____ de _____ de 20____.

Assinatura: _____