

ANEXO I

NORM.TEC.Nº019/2008/DIR - Ref.: Critérios para liberação de Dispositivo Intra-Uterino (D.I.U.)

TERMO DE CONSENTIMENTO	
PACIENTE	
Nome:	Idade:
Endereço:	
Tel.: ().....	
RG n.º:	Órgão Expedidor: Data de emissão: ____ / ____ / ____
DECLARO	
Que o Doutor	
Nome:	
CRM n.º:.....	
Hospital/Clínica (local do implante):	
esclareceu-me sobre as indicações / riscos / complicações do uso do D.I.U.	
Inserido D.I.U. em: ____ / ____ / ____	
Nº Diu fornecido:..... Fab.:..... Ano:..... Data validade:.....	
_____	_____
Médico solicitante	Cliente