



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaramos ter recebido do Médico
Dr. _____ 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 os riscos e benefícios inerentes foram plenamente explicados.

Da mesma forma, fomos informados de que, durante o período do tratamento com Eletroconvulsoterapia, poderemos 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 (SP), _____ de _____ de 20____.

ASSINATURA: _____